UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 113

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 Juin 1945

PAR

Jean-Maurice MOLIA

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
ANCIEN PRÉPARATEUR AU LABORATOIRE DE MÉDECINE LÉGALE
DIPLÔMÉ DE PUÉRICULTURE

Né à Linxe (Landes), le 28 Juillet 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président*
FAUGÈRE, professeur.....
BROUSTET, agrégé..... *Juges*
MAHON, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1945

MOLIA (Jean-Maurice)

L'association anesthésique-ocytocique dans les accouchements dystociques. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 91 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 113.)

MOLIA (Jean-Maurice)

L'association anesthésique-ocytocique dans les accouchements dystociques. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 91 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 113.)

MOLIA (Jean-Maurice)

L'association anesthésique-ocytocique dans les accouchements dystociques. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 91 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 113.)

MOLIA (Jean-Maurice)

L'association anesthésique-ocytocique dans les accouchements dystociques. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 91 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 113.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 113

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 22 Juin 1945

PAR

Jean-Maurice MOLIA

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
ANCIEN PRÉPARATEUR AU LABORATOIRE DE MÉDECINE LÉGALE
DIPLÔMÉ DE PUÉRICULTURE

Né à Linxe (Landes), le 28 Juillet 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président*
FAUGÈRE, professeur..... *Juges*
BROUSTET, agrégé..... *Juges*
MAHON, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	N...
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

MM. PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIÉCHAUD / N... / N... / N... / BROUSTET / N... / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	N... / MASSÉ
Chirurgie générale	N... / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA MARRAINE ET A MA TANTE

Dont les vies sont pour moi une vivante image de travail et d'abnégation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Dont le courage et les constants sacrifices ont permis mes études.

A MA FEMME ET A MA FILLE

Auxquelles va toute ma tendresse pour le bonheur qu'elles me donnent.

A MES SEPT FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A CELLE DE MA FEMME

A MADEMOISELLE SÉQUÉ

PREMIÈRE MAITRESSE SAGE-FEMME DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU BORDEAUX-ETUDIANT-CLUB

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

Fonction d'externe :

1942 MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIÈRES.

Fonction d'externe provisoire :

1942 MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARRIER.

Fonction d'externe :

1943 MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY.

1944 MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPÉRIÉ.

1945 MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAHON

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

Qui nous a conseillé avec bienveillance et nous a fait profiter de sa grande expérience d'une méthode trop mal connue et très discutée.
En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de respect et de gratitude pour son enseignement si apprécié.

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

INTRODUCTION

D'autres, avant nous, ont montré les résultats heureux qu'ils ont obtenus en accouchant leurs clientes suivant la méthode inaugurée, en 1922, par Delalande, de Brest.

Aussi, nous ne voulons pas insister sur les avantages de cette méthode, appliquée aux accouchements normaux, qui consiste à diminuer les douleurs de l'enfantement par l'anesthésie au chloro-kélène et à accélérer, dans le même temps, le travail par l'injection de doses fortes d'extrait post-hypophysaire : la certitude est acquise qu'il s'agit là d'une pratique d'intérêt certain. La méthode tend d'ailleurs à se répandre de plus en plus et elle donne, entre les mains d'accoucheurs expérimentés, des résultats d'une incontestable valeur.

Après avoir fait un bref rappel historique des tâtonnements inhérents à la recherche d'un anesthésique et d'un ocytocique parfaits, après avoir indiqué la technique de la méthode (qui pour certains, comme nous le verrons, paraît « un luxe »), nous voulons montrer, à l'aide de nombreuses observations, que l'association anesthésique-ocytocique, sous l'impulsion de Courtois, de Mahon, est devenue une arme thérapeutique remarquable dans la conduite à tenir au cours de certains accouchements dystociques.

Nous avons dit : « Cette méthode qui pour certains paraît

« un luxe », et nous avons pensé en l'écrivant à ceux qui déclarent, comme Couvelaire : « Pour ma part, je garde encore toute ma tendresse pour les femmes qui, pleines d'espérance et de sérénité joyeuse, attendent sans crainte l'heure des suprêmes douleurs et les acceptent avec la volonté parfois stoïque d'être les premières à entendre le premier cri de l'être qu'elles ont nourri de leur sang. Ne laissons pas périmer cette source de joie profonde, gardons-nous de cultiver le désir des solutions rapides, à heure fixe, dans le sommeil des anesthésies complètes. Ne faisons rien qui contribue à diminuer la beauté morale des mères de nos enfants. »

Certes, nous ne voulons pas mésestimer la grande valeur et la sage prudence de ces conseils, mais puisqu'il est démontré qu'à l'heure actuelle on peut accélérer le travail et en atténuer les douleurs, sans grand risque pour la mère ni pour l'enfant, n'y a-t-il pas des raisons qui militent en faveur de cette intervention ?

« C'est qu'en effet, il paraît s'agir, comme l'écrivent Courtois et Balazuc, d'une intervention de complaisance, sans autre indication apparente que celle d'épargner à la future mère le *paries in dolore* normal et naturel. Indication apparente, écrivent-ils, car, en fait, l'accouchement indolore et rapide évite la fatigue, le choc, les hémorragies chez la mère et bien des morts fœtales par longueur du travail, circulaire et procidence du cordon. Il imite l'accouchement physiologique rapide et peu longtemps douloureux des primitifs et des animaux sauvages. L'accouchement sans douleur prend de plus en plus d'importance à une époque où les femmes, de plus en plus nerveuses, accouchent de plus en plus mal, avec des douleurs spasmodiques et des accouchements très prolongés. »

Cet accouchement sans douleur obtenu par l'emploi de l'anesthésie et de l'ocytocique devient ainsi supportable. Il n'est plus redoutable, il n'est plus redouté et les femmes envisagent volontiers de nouvelles maternités.

On ne saurait dire encore combien l'accouchement sans douleur peut contribuer à relever notre natalité. D'ailleurs Rapin, dans son rapport au Congrès de Genève de 1923, parle de « la terreur, de l'appréhension et du choc nerveux que certaines femmes redoutent ou conservent pour un accouchement futur » et dit un peu plus loin : « Ces procédés analgésiques, en rendant simple un accouchement pénible et épuisant, sont un des agents de la lutte contre l'une des nombreuses causes de la dépopulation. »

Mais envisager la parturition comme devant toujours être soumise à une thérapeutique active, c'est déclarer nettement que l'eutocie n'existe pas et que « toute parturiente est une dystocique qui s'ignore », comme l'écrit H. Paucot.

La chose surprendra tous les accoucheurs qui ont été appelés auprès de parturientes multipares et parfois primipares qui avaient accouché à terme, sans le secours de personne, et qui, trouvant supportables les douleurs qu'elles présentaient, n'avaient pas jugé utile d'appeler le médecin. Evidemment, il s'agissait toujours de mères physiquement et moralement parfaitement normales. Ces cas ne sont pas tellement rares et il n'y a aucun intérêt à accélérer ou à freiner ce qui est normalement rapide, et l'on peut en maintes circonstances s'en rapporter à la bonne nature.

Mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire en lui laissant, en toutes occasions, le soin de terminer l'accouchement. Il serait de mauvaise foi de méconnaître, à côté des dystocies majeures, dystocies mécaniques pour la plupart, les dystocies fonctionnelles qui englobent toutes les anomalies de la contraction utérine. Elles sont, il faut en convenir, fréquentes et comprennent tous les accouchements lents, laborieux, anormalement douloureux.

Les accouchements vraiment eutociques, qui sont tout de même la majorité, se font sans le concours de quiconque. Intervenir au cours de leur déroulement est une opération de complaisance, pour ne pas dire plus, et non plus une

manœuvre obstétricale, surtout si l'on suit, comme certains, les idées de l'Américain Potter.

Celui-ci, en effet, par principe, chez toutes les parturientes même les primipares, après l'apparition des premières douleurs, termine l'accouchement par une dilatation du col et par une version podalique suivie d'extraction, le tout sous anesthésie générale.

Mais dans les accouchements dystociques, l'intervention s'impose. Beaucoup pensent comme nous et nous citerons le passage suivant tiré d'une conférence faite à la Clinique Tarnier par Voron, le promoteur de l'accouchement dirigé : « Accélérer le travail, c'est diminuer la douleur et l'angoisse; ce qui est naturel n'est pas forcément parfait et convenable. Raccourcir la durée de l'accouchement est un acte d'humanité pour la parturiente... c'est aussi l'intérêt du médecin et de la sage-femme. Enfin, il y a surtout des arguments d'ordre obstétrical. Les chances d'infection, toutes choses égales par ailleurs, diminuent avec la durée du travail, de même que les chances de fatigue du muscle utérin, donc moins d'interventions et moins d'hémorragies au cours de la période de la délivrance. Au point de vue de l'enfant, l'intérêt que peut présenter l'accélération du travail est peut-être plus grand encore. La mortalité infantile reste grevée d'un pourcentage de 2 à 4 %, pourcentage qui comprend, en dehors des cas compliqués, un nombre relativement important de morts à la suite d'un accouchement spontané. Il s'agit souvent d'accouchements à allure traînante à la fin desquels on voit apparaître brusquement des signes de souffrance fœtale. Parfois même l'enfant naît pâle, ébauche quelques mouvements respiratoires et ne peut être ranimé. Je suis de ceux qui pensent que la prolongation du travail joue un rôle important dans la pathogénie de ces accidents. Ainsi, il me semble démontrer que l'accélération du travail est désirable et utile. Mais une chose est importante avant tout, c'est qu'elle soit réalisée par des procédés non seulement efficaces, mais aussi non nuisibles, puisque,

s'agissant d'accouchements eutociques, elle n'est pas imposée par des indications impérieuses et que le risque qu'elle doit entraîner ne doit pas dépasser les inconvénients qu'il s'agit de faire disparaître... Y a-t-il pour accélérer le travail des moyens à la fois efficaces et inoffensifs ? A cette question, il semble bien qu'on puisse faire une réponse affirmative, depuis que des travaux récents ont démontré qu'on pouvait obtenir une action utile en s'adressant soit à la poche des eaux pour la rompre, soit à la contraction utérine pour la freiner ou, au contraire, l'exciter à l'aide de médicaments appropriés. »

Nous ne sommes donc plus désarmés devant la dystocie et Delalande, qui pourtant ne l'employait que dans les accouchements eutociques, nous propose une méthode encore meilleure à laquelle Courtois puis Mahon ont eu recours pour terminer certains accouchements dystociques. A la rupture de la poche des eaux, à l'emploi d'antispasmodiques et d'ocytociques, il a ajouté l'anesthésie en vue de supprimer les douleurs de la dilatation.

Pourtant, la méthode de Delalande appliquée à la conduite d'accouchements eutociques rencontre tous les jours de nouveaux adeptes, mais aussi de nouveaux détracteurs, ou plutôt, fait de nouveaux récalcitrants.

Beaucoup d'obstétriciens, comme nous l'avons vu, lui opposent un argument physique : l'accouchement est un acte essentiellement physiologique. Atténuer les douleurs de l'accouchement en raccourcissant le travail ou en endormant la parturiente est, comme l'écrit D. A. Ostrcyl, de Prague, « une arme à double tranchant ». Il écrit encore plus loin : « Chaque intervention au cours d'un accouchement trouble son évolution normale et peut souvent nuire à la mère, comme à l'enfant. C'est pourquoi, à juste titre, l'obstétrique classique rejette toute manœuvre qui se propose d'accélérer un accouchement normal. »

Mahon pense la même chose et déclare que « toute méthode d'accélération du travail inoffensive et fructueuse,

entre les mains de cliniciens prudents et avertis, peut devenir dangereuse, maniée par des accoucheurs d'occasion insuffisamment expérimentés ».

D'autres encore lui opposent un argument d'ordre moral. Nous est-il permis de changer quoi que ce soit à un événement voulu comme tel par la puissance divine qui proféra la punitive parole biblique : « Tu enfanteras dans la douleur » ?

Faut-il aider la femme en raccourcissant la longueur normale du travail ?

Faut-il essayer de supprimer les douleurs de l'enfantement ?

La question reste posée et, pour l'instant, on peut encore se refuser à intervenir dans la conduite d'un accouchement normal ou qui paraît tel.

Mais là où la discussion n'est plus de mise, tout au moins quant à l'indication d'emploi du chloro-kélène hypohyse, c'est quand il s'agit de prendre une décision au cours d'un accouchement dystocique.

C'est que dans ce cas, en effet, il ne s'agit plus d'une intervention de complaisance, mais bien d'une arme thérapeutique très efficace bien souvent, comme nous le verrons.

Nous consacrerons la première partie de notre thèse à l'étude rapide de l'association anesthésique-ocytocique et à son emploi, qui est identique dans les accouchements normaux et dystociques.

Mais il nous semble peu logique de présenter cette méthode comme une technique isolée. Il faut éviter de la présenter, comme l'a fait Jacques Delalande dans sa thèse de 1938, dépouillée de ses origines et de son cadre car, ainsi présentée, elle répugne au praticien averti, parce qu'elle propose des doses massives d'extrait post-hypophysaire, auxquelles se surajoute une anesthésie parfois assez longue.

Nous préférons faire un bref rappel historique pour

montrer comment, par transitions successives, les accoucheurs sont passés de l'attitude d'expectative à celle d'une action méthodique et raisonnée.

Dans la deuxième partie, nous verrons que l'accoucheur possède dans l'association anesthésique-ocytocique un moyen très efficace de combattre la dystocie fonctionnelle, d'éviter dans une certaine mesure la souffrance fœtale, d'arrêter l'hémorragie du placenta *prævia*, d'empêcher l'aggravation d'une infection amniotique ou d'un état général maternel déjà déficient. Et encore elle permet de gagner des heures précieuses dans l'épreuve du travail qui sera faite en raccourci. Enfin, nous dirons un mot de l'emploi du chloroforme et de l'hypophyse dans la présentation du siège et dans la version par manœuvres internes.

C'est là le but essentiel de notre travail.

Nous citerons à l'appui de notre thèse de nombreuses observations recueillies à la Clinique obstétricale de Bordeaux, dans le service de M. le Professeur Rivière que nous remercions vivement de son obligeance, et quelques autres que M. le Professeur agrégé Mahon a bien voulu nous communiquer.

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Soulager les douleurs de l'accouchement a été, de tout temps, l'ambition des anciens. Mais ils se sont toujours heurtés à la même difficulté : celle d'obtenir une analgésie complète en respectant, non seulement l'état de la mère et de l'enfant, mais aussi l'activité normale de l'utérus.

Paul Dubois, le premier en France, utilisa l'inhalation d'éther pendant l'accouchement : l'éther supprimait les douleurs physiologiques de l'accouchement, sans suspendre ni les contractions de l'utérus ni celles des muscles abdominaux, tout en affaiblissant la résistance périnéale.

Malgré tous les avantages énoncés par Dubois, l'éther fut rapidement abandonné par Simpson qui, en 1849, lui préféra le chloroforme. Cet anesthésique que Simpson employa pour accoucher la Reine Victoria connut une longue faveur dans les milieux obstétricaux, sous le nom de « chloroforme à

la Reine », et fut préconisé par Pinard, dans sa thèse d'agrégation. Donné à la dose de quelques gouttes seulement, au début de chaque contraction, il en diminue notablement la douleur sans en altérer la valeur. Mais cette façon de l'employer à petite dose ne peut être longtemps maintenue sans dépasser ce stade d'analgésie et sans aborder les doses narcotiques. Et, à une dose narcotique — quoique le chloroforme soit bien toléré par la femme enceinte —, il risque d'être toxique pour le foie et pour le rein, de diminuer et d'espacer les contractions tout en les régularisant, d'entraîner des hémorragies en diminuant la rétractilité utérine, enfin, de provoquer la naissance d'enfants étonnés.

Aussi, la même chimère, obtenir un accouchement spontané sans douleur, était-elle poursuivie par ceux qui, dès le début du siècle, à la suite de Doleris et Malartic, utilisèrent la rachi-anesthésie chez la femme en travail. Ils crurent avoir atteint leur but. Mais, rapidement, il leur fallut se rendre à l'évidence et reconnaître que cette façon d'opérer donnait trop souvent une véritable rétraction spasmodique de l'utérus, sans parler de ses dangers immédiats et de la possibilité de séquelles neurologiques éloignées.

Vers 1902, Lepage introduisit, en obstétrique, l'emploi du chlorure d'éthyle. Mais, malgré tous les avantages qu'avec Le Lorier et Rapin on lui reconnaît, on l'a très rarement employé seul. Car, si la narcose qu'il entraîne — administré à haute dose ou « à la Reine » — apparaît et cesse avec une extraordinaire rapidité, s'il est peu toxique, s'il n'a qu'une action minime sur la contractilité et sur la rétractilité utérines, il provoque, par contre, une contracture musculaire qui, dans la zone génitale, gêne les manœuvres pour lesquelles une bonne résolution musculaire est surtout recherchée.

Certains accoucheurs demandèrent la solution du problème à l'emploi de produits sédatifs injectés par voie sous-cutanée, intraveineuse ou rectale. L'association scopolamine-morphine de Kronig et Gauss connut plus tard une longue

faveur, mais rapidement, à cause de ses inconvénients, on lui substitua des produits similaires, dont la plupart étaient des barbiturates : numal, dangereux pour l'enfant; dial et somnifène, entraînant des réactions motrices chez la mère qui doivent souvent la faire attacher dès le sommeil obtenu; hémypnal qui, parfois, ralentit le travail; évipan qui nécessite deux ou trois injections, etc., tous produits jouissant en Allemagne et dans les pays anglo-saxons d'une grande faveur, comme produisant l'accouchement « crépusculaire ».

Les recherches s'orientèrent aussi vers l'anesthésie locale ou loco-régionale, telles que badigeonnage du col à l'aide d'une solution anesthésique qui ne donna pas beaucoup de résultats, de même que l'infiltration à la novocaïne des régions latéro-utérines et sur le trajet du nerf honteux interne qui donne bien analgésie et souplesse périnéales, mais reste sans effet sur la douleur spécifique de l'accouchement.

Enfin, nous devons signaler le protoxyde d'azote qui nécessite une installation complexe : son inhalation supprime bien les douleurs et agit sur la contraction et sur la marche du travail. Peu employé en France, il jouit d'une grande faveur en Amérique où Stein l'employa pour la première fois en 1919.

Rastit (de Marseille) préconise le dolosal en injections intramusculaires qui donne une certaine analgésie, et l'anesthésie épidurale qui fait disparaître presque totalement les phénomènes douloureux de la contraction.

Devant l'impossibilité d'obtenir un accouchement spontané avec analgésie complète, on comprend que Balard et Mahon aient écrit, en 1934 : « Cet analgésique n'est pas encore découvert; il n'est pas près de l'être » et, un peu plus loin : « l'abstention thérapeutique, dans un accouchement absolument normal, nous paraît donc continuer à être de bonne règle ».

Et, jusque vers cette époque, les accoucheurs s'en sont tenus à des moyens termes, telle la vieille méthode de

chloroforme « à la Reine » qui donne des satisfactions non négligeables.

Puisqu'il était donc possible de calmer, dans une certaine mesure, les douleurs de l'accouchement, ne pouvait-on pas essayer de raccourcir la longueur d'un travail tout de même encore trop douloureux puisque Dale avait montré, dès 1906, que l'extrait post-hypophysaire avait un effet ocytocique, c'est-à-dire favorisant l'accouchement ?

Stein, le premier, dès 1919, eut l'idée d'associer l'anesthésie au protoxyde d'azote à l'accélération du travail par la pituitrine : l'association anesthésique-ocytocique était née.

Mais, avant d'arriver à l'hormone post-hypophysaire telle que l'employait Stein et surtout telle que nous l'employons, il y a eu bien des tâtonnements.

Les premiers ocytociques furent l'ipéca, l'adrénaline, depuis longtemps abandonnés de même que l'ergot de seigle, absolument contre-indiqué par tous les accoucheurs tant que l'utérus n'est pas vide de son contenu : on ne se sert plus de l'ergotine que dans les hémorragies de la délivrance, car elle provoque un état de contracture utile en cette circonstance.

Les ingestions de sucre, vantées par Bossi, ne sont plus pratiquées, car elles sont bien peu actives et écœurent facilement les malades.

Un autre médicament retiendra un peu plus notre attention : il s'agit de la quinine, que l'on donne à la dose de 3 à 4 g. et qui provoque une accélération du travail, malheureusement de courte durée. Hauch (de Copenhague) y associe l'injection d'hypophyse.

Beaucoup plus énergique est l'action de l'extrait post-hypophysaire ou pituitrine. Ce fut Dale qui découvrit son pouvoir ocytocique. Ce sont les travaux de Frolich, Franckl et Hochwart qui ont démontré le mode d'action sur la fibre utérine et, dès 1911, Parisot et Spire commencèrent à l'utiliser en pratique courante.

L'hypophyse était un ocytocique au sens le meilleur du mot. Augmentant la valeur du moteur utérin, elle respectait son mode de fonctionnement propre. Bourne et Burne avaient montré, par des procédés d'hystérographie interne, qu'elle renforçait les contractions et les rendait plus fréquentes, mais dans l'intervalle, l'utérus retrouvait cet état de repos qui le caractérisait.

Or, la contraction utérine réclame un état optimum du tonus : d'où l'action favorable de l'extrait hypophysaire en cas d'inertie utérine.

Mais, si le tonus est suffisant et surtout s'il est trop élevé, l'injection de pituitrine qui le renforce supprime la contraction pour créer la contracture.

On comprend, d'après ces données physiologiques, qu'un tel produit capable de créer, selon les cas, le retour au tonus normal ou la contracture, ait pu donner, selon l'opportunité de son emploi, les résultats les plus différents, allant de l'action la plus heureuse aux pires désastres, tels que rupture utérine et mort d'enfants. Aussi l'attention fut rapidement attirée, dès 1913, par Edgar, sur les dangers de l'hypophyse.

Ces accidents étaient dus, le plus souvent, à ce qu'il était fait usage d'extraits mal dosés, à grande activité, à son emploi trop fréquent en des mains souvent inexpertes, ou à son emploi à contre-temps, comme le montre Mundell, dès 1924, dans une remarquable monographie.

Aussi, dès 1925, à Genève, une réunion internationale proposa une unité standard correspondant à un demi-milligramme de poudre de lobe postérieur d'hypophyse soigneusement conservée et d'activité fréquemment contrôlée.

Mais l'enseignement classique continuait et continue encore actuellement à mettre en garde les accoucheurs inexpérimentés contre cet extrait et à en limiter l'emploi à des cas bien précis, avec toujours l'arrière-pensée d'un accident possible. « Par contre, comme le dit Banssillon, la commo-

dité de ce « forceps en ampoule », l'accélération parfois remarquable du travail, donne à l'obstétricien l'impression d'être, en quelque sorte, le maître de l'heure ».

Isolément, l'hypophyse a des indications précises où elle est souvent un précieux secours. Mais il faut malheureusement avouer que ses réactions sont parfois brutales et que l'utérus se cabre — rarement il est vrai — sous son influence. Pourtant, la majorité des accoucheurs use de l'extrait post-hypophysaire et n'en tire que de bons résultats. Ses effets sont indéniables : efforts de l'utérus et de la femme facilités, diminution du nombre et moindre danger des forceps, faits sur des présentations basses, la tête s'étant engagée à fond dans le bassin.

Les incidents qu'on lui impute à l'heure actuelle, où son emploi a été codifié, relèvent plutôt d'une application intempestive ou à trop forte dose, que d'une activité néfaste.

Les accidents si redoutés jadis et les incidents actuels dus à l'hypophyse employée seule, n'ont jamais été signalés dans les statistiques présentées par Stein, Funck-Brentano, Delalande, et pourtant ceux-ci et leurs élèves l'emploient à des doses très fortes, soit en intramusculaire, soit en goutte à goutte intraveineux, comme Ostrcyl (de Prague). Ces doses atteignent parfois vingt unités, rarement trente unités, comme l'indique le travail de Barroux dans son mémoire de 1944.

Sauf Ostrcyl, c'est que tous ceux-ci emploient concurremment un anesthésique : que ce soit le protoxyde d'azote, le chloroforme ou, enfin, dernier venu en 1923, le chlorokélène, comme Delalande (de Brest) dont la statistique, portant sur 5.000 cas, ne mentionne aucun incident dû à l'emploi de doses fortes d'hypophyse.

Nous ne pouvons terminer cet article des ocytociques sans parler de « l'accouchement médical » de Kreis et de « l'accouchement dirigé » de Voron et Pigeaud. Actuellement très en faveur auprès des accoucheurs de carrière,

ils ont pour but d'accélérer la marche du travail et d'en éviter les écueils.

L'accouchement dirigé de Voron et Pigeaud dérive directement, comme ce dernier l'écrit, de « l'accouchement médical ». Tout le mérite en revient à Kreis, lequel, à la suite des recherches faites à Strasbourg en collaboration avec son maître Schickelé, montra l'intérêt présenté au cours du travail par la rupture précoce artificielle des membranes et par l'emploi très large des médicaments antispasmodiques.

Les Lyonnais Voron et Pigeaud apportèrent une modification à « l'accouchement médical » en préconisant l'emploi de petites doses de post-hypophyse. « L'accouchement dirigé » comprend donc, en premier lieu, la rupture précoce artificielle des membranes, puis l'emploi des antispasmodiques et, accessoirement, celui d'ocytociques.

Nous reprendrons, l'un après l'autre, chacun de ces éléments, car nous verrons par la suite qu'ils font partie de « l'accouchement indolore et accéléré » de Delalande, mais dans des conditions ou à des doses différentes.

I. — *La question de la rupture artificielle précoce des membranes* a fait couler beaucoup d'encre et, à l'heure actuelle, l'accord n'est pas fait sur sa nécessité ni sur sa bénignité.

Les auteurs classiques enseignaient le respect superstitieux de la poche des eaux. Pourtant, dès 1789, Baudelocque et, dès 1805, Thos Denman considéraient que la rupture prématurée des membranes comportait un bon pronostic.

Van der Hœven, dès 1912, émit l'avis, jusqu'alors contraire à l'opinion classique, que la poche des eaux ne jouait pas un rôle important au cours de la période de dilatation : il préconisait la rupture dès que la dilatation atteignait 4 cm.; il remarquait que la durée de l'accouchement était raccourcie sans aucun inconvénient ni pour pour la mère, ni pour l'enfant. Mais il ne trouva nulle audience officielle.

Kreis, dès 1923, se fit l'ardent défenseur de la théorie suivant laquelle une rupture artificielle dès le début du travail est souhaitable; il la provoque surtout si les contractions utérines sont faibles et il injecte des spasmolytiques, s'il y a spasme du col.

La théorie de l'école de Strasbourg peut se résumer ainsi, comme l'écrivent Balard et Mahon : « La poche des eaux n'est d'aucun secours pour dilater le col. Effacement et dilatation se font d'une façon exclusivement active sous l'influence directe des contractions utérines. Au contraire, les membranes, lorsqu'elles sont adhérentes au pourtour du col, gênent cette dilatation et, de toutes manières, elles sont un obstacle à la descente de la tête. On raccourcira donc la durée de l'accouchement, en les dilacérant largement dès que la femme est en travail ».

Voron et Pigeaud admettent bien, à la suite de Goerthler et Kreis, ce processus de dilatation, mais croient qu'elle s'effectue, pour une certaine partie, par les pressions exercées sur le pourtour de l'orifice cervical, du dedans en dehors, par la tête fœtale. Dès la rupture de la poche des eaux, la tête vient s'appliquer exactement entre les deux lèvres du col.

Un point doit être mis en évidence : sitôt la poche des eaux rompue et dilacérée, il y a une courte période d'inertie utérine qui est rapidement suivie d'un renforcement manifeste des contractions qui active les progrès de la dilatation.

Pourtant beaucoup d'auteurs protestèrent et apportèrent, comme Schultheis, des cas d'infection d'autant plus graves que le temps augmente entre la rupture et l'accouchement.

Léon rapporta un cas de désengagement à la suite de la rupture, accident que l'on ne trouve pas mentionné dans les notes de Voron et Pigeaud, portant sur 2.000 cas. Cet accident ne s'est jamais produit et il ne doit jamais se produire, d'après ceux-ci, même lorsqu'on déchire la poche des eaux, alors que la tête fœtale se trouve encore mobile au-dessus du détroit supérieur, si l'on a soin, pour l'éviter,

ainsi que pour éviter une procidence du cordon, de provoquer une descente relative de la présentation par le palper introducteur de Voron.

D'autres encore, comme Kahr, Winkler, Tasch, à divers titres, refusent d'employer la méthode.

Devant un tel désaccord, Anselmino et ses collaborateurs apportèrent une contribution fort importante à l'étude de cette question. Ils montrèrent, à l'aide de nombreuses observations, que la période de dilatation a été plus courte d'un tiers pour les parturientes chez qui les membranes se sont rompues spontanément dès le début du travail.

Et Gross conclut en disant qu'il n'est pas possible « de prétendre que la rupture prématurée de la poche des eaux ait nuit à la mère ou à l'enfant ».

II. — La deuxième question : *l'emploi des antispasmodiques,* a été beaucoup moins discutée. Ceux-ci ont acquis droit de cité et de nombreux obstétriciens, parmi les meilleurs, en usent quotidiennement.

En présence d'un accouchement à évolution lente, on incriminait autrefois la faiblesse des contractions utérines. Normalement, on constate que l'utérus devient plus dur au moment de la contraction et qu'il se relâche dans l'intervalle. Au contraire, chez la parturiente en « taedious labour », on ne note qu'une différence très peu marquée de la consistance de l'utérus au moment des contractions et dans leur intervalle.

La fréquence de ces états avait déjà attiré l'attention de Démelin. Mais ce fut Schickelé qui nous apprit à connaître la rigidité du col et son exagération au moment de la contraction, alors qu'au contraire l'ensemble du corps utérin paraît ne se contracter que faiblement.

Ce fut aussi Schickelé qui montra que l'on pouvait, par l'adjonction d'antispasmodiques, comme la spasmalgine, faire disparaître la rigidité de l'orifice externe du col et faire récupérer à celui-ci toute sa puissance contractile.

La spasmalgine, en effet, est un ocytocique, en ce sens que, chez la femme non en travail, mais qui présente de fausses douleurs, elle transforme celles-ci en contractions efficaces et que, chez la femme en travail, mais qui présente un début de spasme du col, elle fait retrouver à celui-ci sa souplesse normale et permet à la dilatation de progresser.

Poursuivant les recherches de son maître, Kreis prouva la réalité de la dyscinésie au moyen de l'hystérographe de Frey. Il montra que la plupart des accouchements étaient perturbés par des spasmes : l'usage large de spasmalgine était, la plupart du temps, d'un effet heureux et sans inconvénient. Le terme de la théorie de Kreis fut l'usage large et systématique de la spasmalgine et des médicaments antispasmodiques dans tous les accouchements, même les plus normaux en apparence.

Voron et Pigeaud employèrent rapidement les antispasmodiques, mais donnèrent pendant longtemps leur préférence au chloral, alors que la majorité des obstétriciens se servaient de spasmalgine. Récemment, Pouliot fit remarquer que, dans la petite hypertonie, l'extrait total d'opium suffisait à la résoudre, alors que dans la grande hypertonie où la spasmalgine échoue parfois, il fallait user de l'injection intraveineuse du complexe chlorure de sodium-hyposulfite de magnésium. La majorité des accoucheurs use, dans ce cas là, de l'injection intraveineuse de spasmalgine.

L'on ne discute plus guère à l'heure actuelle que de son mode d'emploi.

Pouliot recommande de faire la première injection dès la fin de l'effacement du col. Pour lui, les échecs de la méthode sont toujours dus à une première injection trop tardive.

Comme le disent Balard et Mahon : « On pourrait parler de dilatations négligées comme d'épaules négligées ».

La précocité du traitement évite presque toujours les injections tardives de spasmalgine, néfastes au fœtus qui pourrait naître en apnée. Mais cet état, qui survient parfois après l'emploi trop tardif ou répété de spasmalgine, ne

nécessite, pour ainsi dire, jamais le recours à la lobéline ou au carbogène.

Pigeaud, récemment, recommandait l'injection de 1 cm^3 de spasmalgine ou de 4 cm^3 de papavérine au moment de la rupture de la poche des eaux, et il déclarait que l'injection de trois ampoules en trois quarts d'heure, au moment où la dilatation atteint une paume de main, dès l'apparition de douleurs subintrantes à localisation lombaire, fait merveille et diminue considérablement la longueur de cette période pénible.

Keller et Ginglinger administrent couramment deux séries de trois ampoules de spasmalgine au cours de la période de dilatation. Rarement trois et quatre séries ont été nécessaires.

On voit ainsi combien l'emploi de la spasmalgine est devenu systématique et généralisé : elle produit une certaine analgésie mais, surtout, elle accélère véritablement la marche de l'accouchement en combattant cette dyscinésie fonctionnelle qui faisait le désespoir des anciens.

III. — *Le troisième terme de l'accouchement dirigé, l'ocytocique* proprement dit, n'est qu'accessoire, d'après l'avis de la plupart de ceux qui emploient cette méthode. Aussi, n'en dirons-nous que peu de chose.

L'adjonction d'extrait post-hypophysaire, à la dose de deux unités internationales, revient à Voron et Pigeaud. Son emploi, sans être systématique, se montre souvent très utile. Notter, dernièrement, montra, à l'aide de l'hystérographe, que l'injection de deux unités agissait nettement sur le rythme et la force des contractions utérines.

Il faut donc injecter l'hypophyse chaque fois que les contractions s'affaiblissent ou s'espacent, même avant dilatation complète s'il le faut. Pouliot l'injecte lui aussi précocement après l'antispasmodique. D'après lui, ce qui importe le plus, ce sont la minceur et la souplesse du segment inférieur. Si ces deux caractères ne sont pas réa-

lisés, l'emploi de l'hypophyse est prématuré et dangereux, parce que l'hypertonie n'est pas encore totalement vaincue.

Voron et Pigeaud observèrent également que les résultats, par rapport à la rapidité de l'accouchement, étaient bien meilleurs si l'on associait extemporanément dans la même seringue la spasmalgine et l'hypophyse à des doses différentes, suivant la technique personnelle de tous les obstétriciens qui suivirent cette idée.

Il est superflu de rappeler que la contracture utérine, une disproportion évidente entre le fœtus et le bassin sont autant de contre-indications absolues à l'emploi des ocytociques, même aux doses les plus minimes.

Pouliot recommande de faire une deuxième injection vers la fin de l'expulsion ou immédiatement après, de façon à prévenir l'hypotonie de la délivrance.

Nous avons insisté longuement sur « l'accouchement dirigé » et nous avons jugé utile de le faire afin de montrer, comme on le verra plus loin, toutes les différences qui le séparent de « l'accouchement indolore et accéléré » de Delalande, lequel use des mêmes procédés ou médicaments, mais en y ajoutant l'anesthésie.

Schickelé, Kreis, Voron et Pigeaud eurent le mérite de décrire une façon de conduire un accouchement d'une manière absolument nouvelle et qui opposait l'intervention à l'expectative.

Mais, bien avant eux, Stein, Funck-Brentano, Delalande avaient décrit et utilisé l'aboutissement ultime de cet accouchement dirigé, ou mieux, comme l'appelle Mahon, l'accouchement « superphysiologique ».

CHAPITRE II

Le chloro-kélène hypophyse

Le chloro-kélène, découvert à la suite de nombreux essais par Delalande, est un mélange de 25 p. 100 de chloroforme et de 75 p. 100 de chlorure d'éthyle, qui se donne à la compresse; il est préparé industriellement par Spécia, sous le nom de « Chloro-kélène 22 » et il est livré en tubes de 35 cm^3. Ce chloro-kélène reste l'originalité dans l'accouchement rapide et indolore.

Dans toute anesthésie, les différentes fonctions de l'organisme ne sont pas suspendues au même moment : il y a d'abord disparition de la sensibilité douloureuse, mais avec conservation de l'intelligence. Plus tard, la sensibilité, la motricité volontaire et l'intelligence disparaissent à la fois, laissant persister les réflexes. Enfin, dans une troisième période, les réflexes disparaissent et le domaine de l'anesthésie chirurgicale est atteint : c'est celui qu'ici il ne faut pas atteindre.

Or, le chloroforme utilisé seul, non seulement est une méthode d'anesthésie trop peu rapide qui, à la période d'expulsion, au moment de la contraction, risque d'agir lorsque celle-ci est passée, mais encore fait passer la malade sans transition appréciable dans cette phase d'anesthésie complète, profonde, qui se caractérise en particulier par une respiration ronflante.

Le chlorure d'éthyle, d'un maniement beaucoup plus facile, a une action trop fugace et cause de l'agitation.

D'autre part, il est beaucoup plus dangereux entre des mains inexpertes, car il provoque une contracture musculaire qui peut atteindre aussi bien les muscles respiratoires et provoquer une asphyxie, que les muscles des voies génitales, gênant l'accoucheur qui aurait besoin d'une résolution périnéale complète.

Le mélange, dans les proportions indiquées par Delalande, réalise un anesthésique extrêmement volatil, peu toxique, facilement éliminé et qui réalise une suppression parfaite de la sensibilité, n'aboutissant que rarement à ce stade d'anesthésie chirurgicale. Il ne présente ni le risque de syncope blanche du chloroforme, ni celui d'asphyxie du chlorure d'éthyle; il ne diminue pas la contraction utérine, il respecte la contraction abdominale, il ne contracte que modérément les muscles striés.

On obtient une anesthésie légère, qu'il est possible de régler à volonté, contrebalançant ainsi l'effet des doses importantes d'hypophyse que l'on injecte. Quand on lira plus loin la technique proprement dite, on sera choqué, à priori, de l'importance des doses d'extrait post-hypophysaire que l'on emploie.

« En réalité, comme le dit Mahon, des doses de 10 et 15 unités, même répétées, sont inoffensives sous anesthésie. L'accoucheur, le doigt sur le col, tâte le pouls de l'utérus : le meilleur signe de contracture, c'est la rigidité du col. Si le col devient dur, on pousse un peu l'anesthésie. Si les contractions sont insuffisantes, on la laisse se dissiper. Nous ne sommes pas de l'avis de Delalande, qui dit que l'ocytocique a une action beaucoup plus élective et que c'est plutôt à lui de s'adapter au degré d'anesthésie voulu. Nous pensons au contraire que, les contractions utérines étant ce qu'elles sont après l'injection d'hypophyse, c'est d'une anesthésie plus ou moins poussée que dépend la régulation de la motricité utérine ».

Levant et M^lle^ Choquart arrivent à la même conclusion : « L'hypophyse raccourcit notablement le temps de l'accou-

chement, pendant que le chloro-kélène, tout en supprimant les douleurs, freine l'action qui pourrait devenir hypertonique de l'hypophyse ».

Technique de l'accouchement pratiqué selon la méthode Delalande

Barroux l'a remarquablement décrite dans un article paru dans la « Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique » du mois de décembre 1944. Aussi, nous contenterons-nous d'en donner un bref aperçu.

I. — On laisse évoluer le travail spontanément pendant sa première phase, attendant l'effacement du col et le début de sa dilatation. Il est primordial d'attendre ce stade du travail, afin de dépister à temps toute menace d'hypertonie et de spasme du segment inférieur, pour pouvoir les combattre à temps par les injections de spasmalgine. Ces injections, très souvent nécessaires chez la primipare, rendent rapidement au col toute la souplesse désirable. L'école lyonnaise (dans le cas où le col est long et épais, la dilatation minime) administre de la spasmalgine toutes des demi-heures, communément avec une dose de 3 à 4 unités d'hypophyse, jusqu'à un total de trois injections des deux produits mélangés.

Finalement, les conditions excellentes qui donneront toute sécurité seront réalisées lorsque l'on aura un col mince, dilaté comme 2 à 5 francs chez la multipare, comme 5 francs à petite paume chez la primipare, avec un utérus bien redressé, un col dirigé en avant et bien centré (si besoin est, on le centrera à l'aide des doigts recourbés en crochet).

II. — On commence alors par injecter sous la peau ou, mieux, dans le muscle, l'extrait post-hypophysaire.

Delalande injectait d'emblée un tiers d'une ampoule contenant 40 unités, soit 13 unités, et il se tenait prêt à faire une

deuxième injection aussi importante en cas d'insuffisance ou d'échec.

Levant et M^lle^ Choquart utilisaient 6 unités, mais ils devaient, surtout chez la primipare, renouveler l'injection au début de la période d'expulsion.

Courtois et Balazuc injectent de 6 à 15 unités, mais disent-ils : « Il vaut mieux pêcher par défaut que par excès, car les doses excessives ont l'inconvénient de donner, dans le *post partum,* des tranchées utérines assez pénibles pour nécessiter l'emploi de la morphine ». Eux aussi recommandent de réinjecter, au bout d'une demi-heure, si le travail se prolonge, si l'utérus se ramollit, si les contractions deviennent insuffisantes, une seconde dose de 5 à 10 unités.

Mahon, Barroux se servent des 10 unités contenues dans le centimètre cube de post-hypophyse Choay n° 4, sauf s'il y a un état de contracture préalable, dans lequel cas ils n'utilisent que 5 unités. Rarement eux aussi renouvellent la même dose au bout de vingt à trente minutes. Chez la multipare, Mahon se contente très souvent de 8 unités.

III. — L'injection de post-hypophyse faite, on commence immédiatement l'anesthésie; elle se fait d'une manière très simple : le chloro-kélène est donné simplement à la compresse avec un petit masque métallique ordinaire. Le masque de Camus, modifié par Frénaunay, est employé par Courtois et Balazuc. Nous lui préférons la compresse car, ainsi, l'évaporation est plus grande. La quantité d'anesthésique employée est plus grande, mais l'anesthésie y gagne en souplesse et en légèreté. Après avoir vaseliné soigneusement le visage de la parturiente, par crainte des brûlures, on pose le masque et on la prie de respirer profondément dès le début de la prochaine douleur. En même temps, on verse quelques gouttes de chloro-kélène.

Cette anesthésie ne nécessite aucune compétence spéciale de la part de celui qui la donne et Delalande faisait remarquer que, dans sa clientèle personnelle, cette anesthésie

était donnée, dans la plupart du temps, par le mari ou par un parent de la malade.

La surveillance en revient d'ailleurs à l'accoucheur qui doit, à tout moment, augmenter ou diminuer la dose afin que le couple chloro-kélène hypophyse soit parfaitement équilibré et agisse au mieux dans la poursuite de l'accouchement.

Il est en général facile de maintenir la malade dans cette zone de demi-anesthésie où la sensibilité et la motricité volontaire ont disparu alors que persistent tous les réflexes.

Le tube de Mayo n'est pas utile et il n'y a jamais de complications anesthésiques.

IV. — Si la chose ne s'est pas faite spontanément, dès le début du travail, ou n'a pas été faite pour une cause quelconque, l'accoucheur rompt la poche des eaux et la dilacère largement suivant le procédé habituel.

A partir de ce moment, où l'on a réalisé en même temps les trois termes de la méthode : rupture de la poche des eaux, injection d'hypophyse et mise en train de l'anesthésie, l'accoucheur ne doit plus quitter sa malade : une main sur l'utérus, l'autre suivant la progression de la dilatation, il assiste au déroulement des différents temps de la dilatation et de l'expulsion suivant le rythme normal, mais avec une rapidité fortement accrue.

V. — La parturiente dort plus ou moins bien, il faut le dire; souvent elle confabule et elle s'agite; parfois, elle a des nausées, vomit. Mais la sensibilité douloureuse a disparu alors que le réflexe cornéen persiste.

Très rapidement, les contractions utérines se renforcent et se rapprochent : on les suit par le palper. L'utérus se contracte avec une remarquable régularité, toutes les trois à quatre minutes, et le doigt vaginal sent le col se dilater rapidement : le doigt aide, s'il est nécessaire, cette dilatation par une très légère pression excentrique.

L'effet de ces contractions régulières et longues ne se fait

pas attendre. Rapidement, en dix à quinze minutes chez la multipare, en trente à quarante chez la primipare, la dilatation est complète. Le doigt « à demeure » sur le col l'a senti s'ouvrir régulièrement.

VI. — Dès la dilatation complète, la présentation s'engage si elle n'était pas déjà engagée : elle descend profondément dans l'excavation en effectuant plus ou moins rapidement sa rotation et elle est bientôt sur le périnée. Pour faciliter cette descente, Courtois et Balazuc recommandent de mettre la femme en position de Devraigne-Descomps : l'accoucheur, entourant avec l'avant-bras et le coude gauche le fond utérin, presse régulièrement celui-ci dans l'axe du détroit supérieur, doucement et sans à-coup. Des doigts de la main droite, placés en crochets derrière la symphyse, il relève la lèvre supérieure du col qui passe devant et par-dessus la tête du fœtus : celle-ci, d'un seul coup, arrive sur le périnée.

VII. — Alors commence la période d'expulsion. On s'assure que la tête est bien fléchie et, si besoin est, on la fléchit en prenant appui sur les bosses pariétales et le sous-occiput.

Il s'agit, à ce moment, de faire pousser la femme : c'est ce qu'obtient l'anesthésiste en diminuant l'anesthésie, de telle manière que la femme en vienne à pousser quelques gémissements.

La femme, bien qu'encore légèrement endormie, est sensible aux excitations et l'encouragement oral provoque des efforts d'expulsion plus grands, sans nuire en aucune mesure à l'analgésie : le diaphragme se fixe en attitude d'effort, les muscles de la paroi abdominale entrent en contraction puissante.

Au besoin, l'accoucheur peut encore provoquer ce réflexe d'expulsion en exerçant des pressions modérées sur le périnée postérieur : il le déprime avec les deux doigts intro-

duits dans le vagin au-devant de la présentation. Il peut aussi appuyer sur les tissus qui séparent la tête de la symphyse pubienne.

VIII. — Achevant sa rotation, la tête va se dégager. En moyenne, elle le fait spontanément, surtout chez les multipares : il faut la retenir et, pour cela, on fait de nouveau pousser l'anesthésie jusqu'au stade chirurgical. La tête est alors énucléée selon la technique habituelle.

Souvent, également, il faudra terminer par une application de forceps. Courtois et Balazuc, dans ce dernier temps, lorsque le dégagement de la tête faisait craindre un éclatement du périnée, ont eu recours, avec succès, à la novocaïnisation du périnée postérieur, préconisée par Chome.

L'enfant naît sans bosse séro-sanguine, criant immédiatement, presque toujours.

Sitôt l'enfant né, on cesse de donner l'anesthésie.

IX. — La délivrance se fait avec une facilité et une qualité étonnantes, choses qu'avait remarquées Delalande et ses imitateurs. Le placenta est décollé cinq à dix minutes après l'accouchement et une légère pression sur le fond utérin ramène le délivre avant le réveil complet de la malade. La rétraction utérine ne se produit pour ainsi dire jamais, selon Delalande et Snœk. Pour éviter cet incident, au cas où il se produirait, Courtois et Balazuc recommandent de poursuivre l'anesthésie profondément jusqu'à la délivrance.

Au moindre doute sur l'intégrité du délivre, la révision utérine est extraordinairement facile : l'utérus est contracté, le col à la vulve et la cavité peut être explorée en entier d'un mouvement circulaire du doigt, qui dure à peine quelques secondes.

Au point de vue physiologique, cette rapidité de la fin de la dilatation et de la descente de la tête fœtale, dans le res-

pect des phénomènes normaux, est l'élément caractéristique de la méthode.

Mais, si l'effet sur la période d'expulsion chez les multipares à périnée souple est satisfaisant, il l'est beaucoup moins chez la primipare : la progression est très rapide jusqu'au plan des releveurs; là, elle se ralentit ou même s'arrête. Il faut alors faire une expression abdominale vigoureuse, donc condamnable, ou laisser la femme se réveiller pour la faire pousser volontairement, ce qui enlève à la méthode une grande partie de son intérêt.

Le plus souvent, afin d'éviter la souffrance fœtale, on sera obligé de terminer l'accouchement par un forceps facile puisqu'il s'agit en général d'un sommet en directe au détroit inférieur. D'ailleurs, Jacques Delalande recommande d'abandonner le tube de chloro-kélène pour prendre, à ce moment là, celui de chloroforme qui donne rapidement une anesthésie chirurgicale.

Mais alors que Delalande, Garnier, Courtois et Balazuc, Levant notent un pourcentage à peu près identique, de 40 à 50 % de forceps chez les primipares, Mahon, Barroux trouvent un pourcentage sensiblement plus élevé dans leur pratique personnelle.

C'est que cette dystocie mineure du détroit inférieur s'explique par l'action élective du chloro-kélène. Le chloroforme relâche bien toutes les parties molles, aussi bien lisses que striées mais, par contre, le kélène fait entrer en contracture tous les éléments musculaires et en particulier les muscles striés des voies génitales.

Voilà pourquoi l'accouchement rapide et indolore présente une telle difficulté au moment de la période d'expulsion chez les primipares.

Voilà également pourquoi, comme nous le verrons plus loin, le chloro-kélène sera délaissé au profit du chloroforme dans les manœuvres obstétricales qui exigent une grande souplesse du périnée et que l'on emploie au cours des accouchements dystociques.

CHAPITRE III

Echecs, incidents, dangers

On sera certainement étonné de trouver dans ce travail un tel chapitre. En effet, si on lit les divers travaux parus sur l'association chloro-kélène hypophyse et, en particulier, les communications de Delalande, portant sur 5.000 cas, et de Courtois, portant sur plus de 1.000 cas, ou d'autres statistiques plus modestes mais dignes de foi, aucun d'eux ne fait mention ni d'incidents ni de dangers; certains rapportent seulement quelques échecs.

Il faut bien dire que les partisans de cette association ont une longue pratique. Pour user de cette méthode, nous devons dire qu'il faut posséder un certain doigté, une certaine audace et ne pas avoir peur de l'extrait hypophysaire quand on s'aperçoit qu'il provoque des contractions utérines si puissantes.

Il faut pourtant mettre en garde le praticien inexpérimenté contre certains incidents; nous ne disons pas contre certains accidents que, théoriquement, on peut concevoïr, mais que nous n'avons jamais vu se produire ni que nous n'avons jamais vu mentionnés au cours des nombreuses lectures que nous avons faites.

Ces échecs ou incidents peuvent venir évidemment des trois termes de la méthode : l'anesthésie, l'extrait hypophysaire et le forceps qui, nous le verrons, est lui aussi un élément de la méthode dans l'accouchement dystocique. Nous ne parlerons pas de la rupture artificielle précoce de

la poche des eaux, ni des incidents qu'elle peut amener (procidence du cordon ou d'un membre, infection amniotique), car ceux-ci ne sont pas spécifiquement dus à notre méthode.

I. — L'anesthésie

Chez la mère, elle entraîne parfois une grande agitation et, pour que l'accoucheur puisse opérer en toute tranquillité, il faut faire tenir la malade qui se débat parfois. C'est pour cette raison que l'emploi de la méthode au domicile de la malade est peu recommandé. Tout au moins, ne faut-il commencer l'anesthésie que tardivement, pendant la période de dilatation. L'usage de la méthode en clinique ou en maternité est préférable, car ces milieux spéciaux possèdent généralement des lits de travail où l'on peut attacher la parturiente, si cela est nécessaire.

Un autre incident arrive lui aussi quelquefois : ce sont les vomissements. Certaines femmes ont des vomissements en fusée, survenant au moment où l'on s'y attend le moins.

Cela est peu de chose, en vérité, à côté des avantages que procure une telle anesthésie. En ce qui concerne la malade, elle garde un très bon souvenir de cette anesthésie. Le réveil est très rapide et très agréable.

Sur l'enfant, l'action de l'anesthésie peut être plus grave, surtout si celle-ci survient après une préparation de la malade par des injections de spasmalgine trop répétées ou trop rapprochées. Mahon et Chastrusse sont convaincus que l'association du chloroforme et de l'opium est particulièrement fâcheuse pour le bulbe fœtal.

C'est surtout immédiatement après la naissance que cette intoxication du nouveau-né donne les plus grandes inquiétudes : l'enfant ne crie pas, ne respire pas. Son aspect n'est pas celui de l'enfant traumatisé qui naît à l'état de mort apparente ou simplement étonné. C'est un enfant qui, suivant une expression de Pinard, « oublie de respirer ». En

réalité, après désobstruction des voies respiratoires, l'insufflation au tube de Ribemont, parfois la simple respiration artificielle, les analeptiques comme la lobéline, les bains d'eau chaude permettent en général une réanimation rapide et facile. Ces incidents sont, somme toute, rares et le plus souvent l'enfant crie sitôt né.

Encore plus rarement, l'enfant manifeste, dans les jours qui suivent sa naissance, une paresse à prendre le sein, un état de somnolence. Nous n'avons pas trouvé un seul cas de mort de l'enfant imputable à l'anesthésie et nous ne croyons pas à sa possibilité.

Il est incontestable que ces incidents sont d'autant moins fréquents, que l'anesthésiste est plus familiarisé avec l'emploi de cet anesthésiant. Mais il faut bien dire que c'est l'accoucheur qui doit être l'anesthésiste. Sans aller jusqu'à dire, comme Delalande, que, le plus souvent, il se contente comme anesthésiste du mari de la paturiente, nous pouvons écrire que l'accoucheur, un doigt sur le col, l'autre main sur l'utérus, est le seul directeur de l'anesthésie.

II. — L'hypophyse

Elle doit être maniée avec prudence, mais sans crainte. En ayant peur de l'hypophyse, on n'obtiendra que des résultats passables. Il faut en injecter une dose suffisante et il semble que, pour obtenir une dilatation rapide avec de bonnes contractions, il faille injecter d'emblée la dose que l'on juge optima. Ici encore intervient l'opinion personnelle que l'on se fait de l'utilité de la méthode, et l'habitude que l'on a de celle-ci est pour une grande part dans les résultats que l'on obtient.

Si l'on ne fait qu'une dose insuffisante d'hypophyse, les contractions s'accélèrent bien pendant un certain temps et prennent davantage de vigueur, mais, rapidement, le travail se ralentit; l'anesthésie doit être un moment abandonnée puis reprise pendant que l'on fait une nouvelle dose d'hypo-

physe : évidemment, dans ces conditions, les résultats ne sont pas probants.

Par contre, si l'on en fait trop, on peut être effrayé par les conséquences possibles. Quand on sait combien sont graves ces états d'hypertonie utérine primitive, combien de fois, malheureusement, ils se terminent par des désastres au point de vue fœtal, on peut craindre, à juste titre, ces doses massives d'hypophyse capables de créer, théoriquement, cette même contracture si redoutable, que des injections répétées de spasmalgine, de morphine, de spasmalgine intraveineuse ou qu'une anesthésie profonde ne parviennent à faire disparaître qu'avec beaucoup de difficultés.

En réalité, que se passe-t-il ? Delalande injecte d'emblée 13 unités d'hypophyse et il se prépare à renouveler la même dose si la première n'amène pas rapidement l'accélération de travail espérée. Il ne rapporte aucun accident.

Et la majorité des lecteurs sera très surprise en lisant ce résumé de la conversation que nous avons eue tout récemment avec un de nos maîtres : « Une femme se présente pour accoucher, en travail depuis peu, mais avec une hypertonie utérine très forte. Les bruits du cœur fœtaux commencent à s'assourdir puis à donner des signes d'inquiétude. On fait, successivement, deux injections de spasmalgine, puis une de morphine, puis une de spasmalgine intraveineuse : la contracture ne cède pas. Les bruits du cœur sont imperceptibles. Afin d'éviter de faire une césarienne sur un enfant mort, on décide d'endormir la malade au chloro-kélène et d'injecter 10 unités d'hypophyse. Le résultat ne se fait pas attendre; en dix minutes, expulsion quasi spontanée d'un enfant vivant, criant immédiatement. Interprétation ? »

En réalité, voilà comment on agit en général : quand il y a un début de contracture, il faut commencer par l'anesthésie; puis, quand la contracture a cédé, on injecte une première dose de 5 unités d'hypophyse, quitte à répéter l'injection un peu plus tard.

Courtois d'ailleurs recommande d'être prudent, car les injections trop tardives risquent d'entraîner des tranchées utérines dans les suites immédiates de l'accouchement, assez douloureuses pour nécessiter l'emploi de la morphine.

Mahon signale le danger d'enchatonnement du placenta chez la multipare, à la suite d'une injection trop forte ou trop tardive d'hypophyse.

Enfin, on signale des cas d'hypophyso-résistance dans lesquels les injections, même répétées, d'hypophyse n'ont amené aucune accélération du travail.

III. — Le forceps

Certains lecteurs reprocheront à la méthode Delalande le recours trop fréquent au forceps et les dangers de celui-ci appliqué parfois en de mauvaises conditions.

Ce fait n'est pas imputable à la méthode et, si les forceps sont faits en de mauvaises conditions, la faute en revient généralement à l'accoucheur qui n'a pas su doser son anesthésie, l'augmenter ou la diminuer au moment opportun, ou à celui qui, trop pressé, veut terminer rapidement l'accouchement.

On peut être amené, en effet, si l'on est trop pressé, si l'hypophyse n'agit plus et si l'on a peur d'injecter une nouvelle dose, si l'anesthésie a trop duré, à tenter une extraction à l'endroit où la tête sera arrêtée, c'est-à-dire à faire une opération dangereuse pour le fœtus.

En réalité, les forceps ne doivent pas être plus nombreux que dans l'accouchement par une autre méthode et Mahon nous citait le cas suivant : « Une huitièmipare avait été accouchée par lui sept fois avec une application de forceps; le huitième accouchement, dirigé selon la méthode Delalande, se termina par une expulsion spontanée ».

Tous ces incidents ne doivent pas faire rejeter la méthode. Toutes les méthodes sont bonnes. Aucune n'est parfaite. La méthode de Delalande est une méthode d'accouchement

excellente, indolore et très rapide chez la multipare, plus discutable chez la primipare.

En face d'un accouchement dystocique, comme ceux que nous verrons, il faut savoir poser l'indication du chlorokélène et avoir le courage de l'imposer en face d'une solution sanglante, comme une césarienne.

CHAPITRE IV

Résultats de l'association chloro-kélène hypophyse dans l'accouchement normal

Jacques Delalande cite les résultats obtenus par son père, en quinze ans de clientèle : 5.000 accouchements sans un seul accident, et il énumère les avantages suivants :

— suppression totale des douleurs (sauf celles du début du travail) ;

— accélération de l'accouchement entraînant une moindre fatigue de la femme et de l'enfant;

— moins de forceps;

— moins de déchirures périnéales;

— moins de délivrances artificielles;

— moins d'hémorragies de la délivrance;

— moins de *post partum* fébriles.

Garnier (de Brest) a utilisé cent-soixante fois la méthode en un an, et il conclut : « La méthode Delalande n'est pas une manœuvre obstétricale, mais un simple procédé pour diminuer la longueur de l'accouchement et en supprimer les douleurs. Son inocuité semble complète dans les mains d'accoucheurs expérimentés ».

Courtois se félicite lui aussi d'avoir employé cette méthode pour accoucher quelque 500 parturientes et il conclut son article par ces mots : « Ni l'ocytocique, ni l'anesthésique n'ont donné lieu au plus léger incident, pas plus chez la mère que chez l'enfant ».

Dalger (de Toulon), dans 85 cas; Régner, dans 19 cas; Barroux, dans 53 cas; Mahon dans sa clientèle quotidienne.

et tant d'autres comme Philippe (de Saint-Germain), Gatte (de Rostrenem), Vassor (de Montmorillon), Longuet (de Nogent-sur-Seine), Renaut (de Sartrouville)... rapportent, en garantie de l'efficacité et de l'inocuité de cette méthode, des cas nombreux donnant toute satisfaction aux malades et à eux-mêmes.

Cette méthode si séduisante qui « est inoffensive et fructueuse entre les mains de cliniciens prudents et avertis », comme l'écrit Mahon, « peut être dangereuse entre les mains d'accoucheurs d'occasion qui ne connaissent pas à fond le mécanisme du travail, ne savent pas apprécier exactement l'état d'un col, la qualité des contractions et du tonus ».

Cette méthode, pense-t-on, est encore beaucoup plus dangereuse appliquée à un cas dystocique. Et l'on se souvient des contre-indications formelles de Delalande : « Toute présence de dystocie cliniquement constatable, dystocie osseuse ou dystocie des parties molles, doit interdire l'emploi de la méthode ».

Funck-Brentano, dès 1926, disait lui aussi : « Tout doit être normal : bassin, présentation, et l'examen du col aura donné la certitude qu'il se laissera rapidement dilater ».

Levant utilisait la méthode uniquement « dans les cas où l'accouchement par le sommet s'annonçait comme devant être normal ».

Ces dernières années, Courtois, Mahon, qui ont une grande expérience de la méthode, ont eu l'audace, dès 1940, d'enfreindre ces sages recommandations, pensant que ces contre-indications n'étaient peut-être pas aussi rigoureuses.

Avec beaucoup de prudence, la méthode fut essayée dans des cas dystociques, tous les jours de plus en plus nombreux et de mieux en mieux sélectionnés.

Avec la même prudence, Mahon a précisé ces indications dans un remarquable article paru en 1943 dans « Gynécologie et Obstétrique ». Il a obtenu avec cette méthode des résultats convaincants que nous allons exposer dans une deuxième partie.

DEUXIÈME PARTIE

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

Ces résultats sont obtenus au moyen de deux associations dont l'action physiologique est assez différente pour que leurs indications thérapeutiques soient absolument distinctes.

L'une est formée par l'association de l'hypophyse et du chloro-kélène (méthode de Delalande), l'autre par le chloroforme pur et l'hypophyse.

Ces deux associations, dont l'emploi au cours de l'accouchement normal est jugé par certains — à tort ou à raison — comme superflu et à rejeter (la question n'est pas encore résolue; détracteurs et défenseurs sont toujours sur leurs positions), ne supportent la comparaison, dans le cas d'accouchements dystociques, avec aucune autre méthode, si ce n'est bien souvent avec la sanction chirurgicale.

Cette sanction, que ce soient des incisions du col, une symphysiotomie, une césarienne... s'imposait jusqu'alors dans la presque totalité des accouchements dystociques, tels que dilatation interminable ou impossible à obtenir, souffrance fœtale, état maternel déficient, etc.

La dystocie osseuse elle-même, comme nous le verrons, comportera un pronostic beaucoup moins fâcheux si l'on utilise l'association chloro-kélène hypophyse dans la conduite du travail.

Mais, hélas, l'association anesthésique-ocytocique n'est pas une panacée universelle et l'on verra qu'à l'occasion, devant une hypophyso-résistance ou une épreuve du travail qui n'aboutit pas, l'accoucheur est obligé de recourir à la méthode sanglante. Et loin de s'opposer, ces deux méthodes se complètent souvent : dans l'épreuve du travail, par exemple, l'indication chirurgicale sera posée beaucoup plus rapidement si l'on a conduit cette épreuve en usant de la méthode de Delalande au lieu de laisser cette même épreuve se faire spontanément.

Nous passerons en revue, dès maintenant, les différents cas dystociques dans lesquels l'accoucheur pourra et devra avoir recours à ces associations.

I

Les indications du chloro-kélène hypophyse sont de beaucoup les plus nombreuses : il s'agit en somme de l'application de la méthode de Delalande à des accouchements dystociques. Nous avons vu, au cours de la première partie, comment s'emploie cette méthode et nous n'y reviendons pas.

Nous ferons seulement deux remarques qui ont leur importance : on verra, à la lecture des quelques observations que nous avons choisies parmi toutes celles que nous avons colligées, et que nous placerons à la fin de chaque chapitre, que deux choses diffèrent.

Tout d'abord, on remarquera que chaque fois, l'accou-

cheur n'a pas décidé d'user d'emblée de la méthode de Delalande, comme il le fait au cours d'un accouchement normal. Lorsqu'il a décidé d'employer la méthode, il l'a fait au cours du déroulement de l'accouchement et toujours il en a usé en posant une indication, en discutant cette indication, parfois en faisant préparer en même temps la seringue d'hypophyse et le masque à chloro-kélène d'une part, et la salle d'opération et les instruments chirurgicaux d'autre part.

Il en résulte que l'on ne peut pas ici décrire les divers temps de la méthode d'une façon aussi schématique que lorsqu'elle est employée systématiquement. Ainsi, on remarquera que parfois la poche des eaux s'est rompue spontanément ou l'a été artificiellement depuis très longtemps, au moment où l'accoucheur qui, le plus souvent dirigeait l'accouchement selon les principes de Voron et Pigeaud, prend la décision, parce qu'il y est obligé et après l'avoir discutée, de faire un Delalande.

A part cela, l'usage de l'hypophyse et du chloro-kélène est identique dans les accouchements normaux et dystociques. Nous ferons seulement une petite remarque : on verra que parfois l'on a fait usage d'un extrait hypophysaire d'origine allemande, commercialisé sous le nom de Pituiphorin, et l'on n'a pas obtenu les résultats que l'on aurait été en droit d'attendre de la même injection, si elle avait été faite avec l'extrait habituel d'hypophyse Choay n° 4. Coïncidence ? Dosage d'extrait post-hypophysaire moindre ? Nous n'avons pu le savoir.

Le deuxième point différent est celui de l'indication du forceps à la fin de l'application de la méthode de Delalande. On remarquera que toutes ou presque toutes les malades dont nous rapportons l'observation n'ont pas expulsé spontanément leur enfant.

C'est que l'indication d'emploi du chloro-kélène hypophyse est souvent la même qui aurait conduit à l'application du forceps. La tête du fœtus qui souffre est rapidement

amenée à la partie basse de l'excavation sous l'effet des fortes contractions utérines dues à l'hypophyse. Pourquoi, à ce moment là, laisser réveiller plus ou moins la malade pour l'inciter à pousser — ce qui, pour une expulsion normale, demande tout de même quinze à vingt minutes —, alors qu'un forceps, le plus souvent facile, extraira en quelques minutes cet enfant dont le cœur ne bat déjà peut-être plus, mais qui sera ranimé rapidement ?

Il en sera de même dans le cas d'une indication maternelle, telle que : éclampsie, cardiopathie, tuberculose pulmonaire...

Si Mahon, Barroux trouvent dans leurs statistiques, au cours des accouchements normaux, un pourcentage de forceps qui dépasse 50 %, on peut dire — et sans avoir peur de se le faire reprocher — que dans les accouchements dystociques, la proportion atteint ou doit atteindre pratiquement 100 %.

Peu importe, puisqu'il s'agit d'un accouchement anormal et si l'on a la satisfaction d'avoir un enfant vivant et une mère reposée, alors que l'on avait la conviction — à tort peut-être — que sans notre promptitude à user de la méthode, on aurait pu aboutir à un désastre.

II

Les indications du chloroforme-hypophyse sont plus réduites, mais n'en sont pas moins importantes pour cela.

Cette méthode trouve son emploi chaque fois qu'un relâchement musculaire complet est nécessaire, chaque fois que la manœuvre obstétricale que l'on envisage nécessite la plus grande souplesse possible du périnée.

C'est ainsi que le tube de chloro-kélène sera abandonné, de même qu'au cours de l'accouchement normal, chaque fois que l'on terminera un accouchement ainsi dirigé par une application de forceps.

Le chloro-kélène entraîne, en effet, comme nous l'avons

déjà dit, une contracture des muscles striés très gênante quand il s'agit de faire une rotation ou une extraction d'une tête tant soit peu volumineuse, ou tant soit peu coincée à la partie moyenne de l'excavation.

Le tube sera alors abandonné au profit de celui de chloroforme, qui — à côté du désavantage qu'il entraîne en donnant trop rapidement une anesthésie chirurgicale — a le mérite de relâcher au maximum ces mêmes fibres striées.

Le tube de chloroforme sera employé en premier lieu et uniquement au cours d'un accouchement par le siège et pour faire une version par manœuvres internes, opérations qui nécessitent, elles aussi, une grande souplesse des parties molles, surtout si leurs indications se posent chez une primipare à périnée résistant.

On a vu, tout au long de ce chapitre des considérations générales, que nous n'avons pas parlé de l'emploi de l'anesthésique pour supprimer les douleurs de l'enfantement. Il ne s'agit plus, en effet, d'empêcher le femme de souffrir, ce qui était une des incitations principales à employer la méthode, dans un but complaisant, au cours de l'accouchement normal. Il s'agit ici, au contraire, comme on le verra, d'un moyen thérapeutique et souvent d'une thérapeutique d'urgence. C'est la rapidité que l'on recherche avant l'analgésie et celle-ci, à juste titre, passe le plus souvent au deuxième plan. On remarquera d'ailleurs, à la lecture de nos observations, que le résultat analgésique est rarement mentionné.

Nous allons maintenant envisager les divers cas dans lesquels la méthode Delalande peut être employée.

CHAPITRE II

Indications du chloro-kélène hypophyse

I. — La dystocie fonctionnelle est l'indication majeure

Balard et Mahon, dans un remarquable article paru dans la « Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique » de février 1944, citaient cette phrase du Professeur Couvelaire : « Le fait de vouloir systématiquement, à titre préventif, dans la crainte de complications imprévisibles, mais rares, entreprendre de diriger tous les accouchements, en privant le fœtus de la protection du sac amniotique et en injectant à la mère des poisons-médicaments, ne peut que heurter la vieille tradition des accoucheurs modestes, dont je suis, qui se font une règle de ne pas contrarier inutilement le mécanisme naturel de la parturition ».

M. le Professeur Couvelaire ne veut pas que l'on intervienne dans les accouchements normaux. Soit ! Mais, peut-on qualifier d'accouchement normal celui qui dure quarante-huit heures ou davantage ? La dystocie par anomalie de contractions utérines, comme le dit L. Pouliot, ne commence-t-elle qu'à la rétraction de l'anneau de Bandl ou à la tétanisation ? Ne doit-elle pas plutôt englober tous les cas si nombreux qui, abandonnés à eux-mêmes, risquent

d'aboutir au « taedious labour », si justement qualifié par Balard et Mahon d' « opprobre de l'obstétrique » ? La physiologie du muscle utérin (grâce aux travaux de Démelin) nous a fait connaître les dystocies musculaires que l'on avait perdues de vue en face des dystocies osseuses.

Quand on sait avec quelle fréquence l'accoucheur se trouve devant un accouchement qui traîne, une présentation qui reste élevée, une dilatation qui ne se complète pas; quand on sait que ces retards sont en rapport avec des contractions utérines de mauvaise qualité : atonie franche, hypertonie nette ou fruste, spasmes localisés, on comprend que celui-ci soit un chaud partisan de l'accouchement dirigé, tel que nous l'ont enseigné Kreis, Voron et Pigeaud.

L'éloge de l'accouchement dirigé n'est plus à faire et, grâce à lui, l'accoucheur actuel ne connaît plus ces anomalies de la dilatation, ces œdèmes durs et anciens, dus à ce que Balard et Mahon appellent « les anomalies de la dilatation négligée ».

L'association anesthésique-ocytocique ne prétend pas se substituer à la conduite de l'accouchement médical ou dirigé, mais elle le complète : elle en est le prolongement direct et sa continuation, car son but a toujours été de rendre l'accouchement plus normal et plus rapide en supprimant, dans la mesure du possible, les obstacles à la dilatation.

Depuis longtemps, les antispasmodiques et la rupture de la poche des eaux ont été employés pour combattre cette dyscinésie. Puis Delalande injecta de petites doses d'hypophyse en espérant améliorer la qualité des contractions utérines et, par là-même, la dilatation.

Après avoir utilisé la méthode pour dilater des cols reconnus comme déjà souples et dilatables, on l'a envisagée comme thérapeutique dans les cas où l'on est en présence d'une dilatation stationnaire. La facilité et la rapidité avec lesquelles se fait la dilatation sont les traits caractéristiques du chloro-kélène hypophyse; le doigt, qui en suit les progrès

et qui la sollicite, sent qu'elle se fait « suivant un mode normal, mais à une allure accélérée », comme l'écrit Barroux.

Déjà, en 1931, M^lle^ Choquart rapportait dans sa thèse six cas de travail traînant, dans lesquels le travail normal, jusqu'à un certain moment, s'était arrêté, et pour lesquels elle avait utilisé le Delalande. Chez trois multipares, la dilatation avait été obtenue en soixante-quinze minutes, en moyenne. Chez deux primipares, le même résultat fut obtenu après quatre-vingt-dix minutes et la méthode fut employée pour une autre primipare en travail depuis trois jours, qui fit sa dilatation en une heure, et chez qui on dut appliquer un forceps pour terminer l'accouchement. M^lle^ Choquart note que l'efficacité de la méthode est moindre que lorsqu'elle l'appliquait systématiquement à des accouchements normaux car, dans ces six cas, elle a eu affaire à des utérus déjà fatigués par un travail anormalement prolongé.

Barroux rapporte quelques observations semblables, mais fait deux réserves que Mahon avait déjà faites avant lui.

La technique ne s'adresse pas aux rigidités pathologiques du col, dues à la présence d'une tumeur, cancer ou fibrome, d'un chancre, d'une sclérose du col par cicatrice ou toute autre cause, où elle n'aura pas plus de résultat que les autres moyens et où l'on devra avoir recours à la voie abdominale.

Il ne faut pas non plus que la méthode intervienne trop tard, au cours d'une dilatation trop lente, alors que, après une long travail, le col s'est épaissi, œdématié, et que, de fonctionnelle, la dystocie soit devenue anatomique.

« La méthode, dit Courtois en soulignant sa phrase, est inapplicable aux cas tardifs où l'utérus est fatigué, rigide, contracturé, infiltré d'œdème; elle ne doit pas être essayée après l'échec d'autres méthodes poursuivant le même but. »

Pourtant, Mahon est convaincu que, dans le cas d'un col œdématié — et nous en rapportons une observation —, on

pourrait judicieusement associer la méthode aux grandes incisions du col. Cette combinaison thérapeutique n'a été réalisée qu'une fois à notre connaissance car, pour ceux qui emploient le Delalande, les premiers symptômes d'œdème du col sont pour eux l'indication de recourir à l'association chloro-kélène hypophyse.

Le deuxième point, c'est que cette association ne doit intervenir qu'après une étude attentive du cas considéré, de la valeur du moteur utérin, après un dépistage d'une hypertonie ou d'un spasme. Dans ces cas, elle doit être précédée d'une thérapeutique large et patiente par les antispasmodiques.

Kreis croit à l'impossibilité de prévoir ou même de reconnaître les spasmes, et il recommande d'user systématiquement des injections de spasmalgine. Mahon reconnaît que certains états spasmodiques sont difficiles à identifier, « mais pour un clinicien averti, dit-il, il est dans l'aspect général de la parturiente, dans la marche du travail, des éléments plus ou moins précis qui éveillent au moins le soupçon ».

Ces éléments sont, d'après Pouliot, la lenteur de l'effacement, la tension excessive des membranes dans l'intervalle des contractions, le défaut d'amincissement du col et du segment inférieur aux premiers stades de la dilatation.

« Sous ces conditions, conclut Mahon, l'association chloro-kélène hypophyse constitue, dans la plupart des cas, le traitement de choix de la dystocie fonctionnelle », et il écrit un peu plus loin : « Que de fois, chez les primipares, après des injections répétées de spasmalgine seule ou associée à l'hypophyse, péniblement arrivées à une dilatation de 5 francs, ou même de 2 francs, nous avons pu, sous chloro-kélène, avec 5 ou 10 unités d'hypophyse, obtenir, d'un seul doigt, sans effort, en dix à quinze minutes, une dilatation complète et un sommet au détroit inférieur ».

Voici d'ailleurs quelques observations qui apporteront une preuve irréfutable :

Observation I. — Mme P..., vingt-six ans, primipare, Clinique obstréticale (n° 624), le 16 juillet 1944.

Vingt et une heures pour arriver à 5 francs, dans un bassin généralement rétréci. Dilatation complète obtenue en cinq minutes, à partir de 5 francs. Expulsion spontanée d'un fœtus de 2,250 kg.

Très bon résultat analgésique.

A terme le 31, environ.

Début du travail le 15, à 13 heures.

Entre en salle à 14 h. 30. Bassin généralement rétréci. Tête en bas, dos à gauche. H. U. : 30 cm.; le fœtus paraît petit. Tête non engagée. Col en voie d'effacement. Poche des eaux intacte.

19 h. 45 : col épais, ouvert comme 2 francs.

22 heures : dilatation de 2 francs. Col complètement effacé.

16 juillet, 2 heures : dilatation de 2 francs; légère hypertonie. 1 cm³ de morphine.

4 heures : dilatation de 5 francs.

7 heures : même dilatation; rupture de la poche des eaux.

10 heures : même dilatation; tête élevée, amorcée au détroit supérieur. Douleurs assez espacées, peu efficaces.

10 h. 25 : *injection de 10 U. d'hypophyse et anesthésie au chloro-kélène.*

10 h. 30 : les contractions apparaissent et la dilatation se complète rapidement.

10 h. 40 : la tête descend et se place rapidement en O. P.

10 h. 45 : on arrête l'anesthésie et on fait pousser la malade.

10 h. 50 : expulsion spontanée d'une fille de 2,250 kg. qui crie aussitôt.

11 heures : délivrance naturelle.

Observation II. — Mme L..., vingt ans, primipare, Clinique obstétricale (n° 616), 13 juillet 1944.

Vingt-trois heures et demie pour arriver à une dilatation de 2 francs. Dilatation complète obtenue en vingt minutes, à partir de 5 francs. Essai d'expulsion qui échoue : malade indocile et qui se débat. Forceps facile. Bon résultat analgésique.

A terme. Début du travail le 12, à 16 heures. Entre en salle à 18 heures. Tête en bas, dos à droite. H. U. : 32 cm. Tête non

engagée. Col en voie d'effacement. Poche des eaux intacte.

13 juillet, 8 heures : dilatation de 1 franc.

10 heures : dilatation de 2 francs.

12 heures : dilatation de 2 francs. Les contractions sont rares et peu intenses. 2 U. 1/2 d'hypophyse et 1/2 cm³ de spasmalgine.

14 heures : dilatation de 5 francs. Les contractures sont rares et l'utérus se relâche mal.

16 h. 30 : dilatation de 5 francs. Col épais, mais souple. Bruits du cœur excellents. On rompt la poche des eaux pour accélérer la dilatation.

17 h. 30 : dilatation de 5 francs. T. A. : max., 13; moy., 10; min., 7; I. o., 4. Le col est épais, mais souple. Bruits du cœur bons. Tête engagée en O. I. D. P. *10 U. d'hypophyse et chlorokélène.*

18 h. 25 : même T. A. Dilatation de grande palmaire. O. I. D. T. La malade s'agite beaucoup.

18 h. 30 : la tête n'accomplit pas sa rotation et reste en transverse. La malade pousse mal et obéit mal aux incitations orales. On décide de terminer par une application de forceps (Démelin) qui est faite en O. I. D. T. Rotation et extraction faciles d'un garçon de 3,050 kg. qui crie aussitôt. T. A. : max., 12; moy., 7; min., 5; I. o., 3.

18 h. 35 : délivrance naturelle.

Observation III. — M^me^ de G..., trente-trois ans, primipare, Clinique obstétricale (n° 238), 14 mars 1944.

Rupture prématurée de la poche des eaux. Dilatation stationnaire à 5 francs, pendant quinze heures. Injection de 15 U. d'hypophyse en deux fois. Forceps pénible.

Début du travail le 12, à 21 heures. Entre en salle le 14, à 9 heures. Tête en bas, dos à droite. Tête à la partie moyenne de l'excavation. Col dilaté comme 5 francs. Poche des eaux rompue spontanément le 12 à 21 heures, dès le début du travail.

Avant son entrée en salle, la malade a reçu 4 cm³ de spasmalgine injectés par sa sage-femme.

La dilatation est stationnaire à 5 francs, depuis la veille au soir.

On décide de faire un chloro-kélène hypophyse.

Le col est mince. La tête est à la partie moyenne de l'excavation. T. A. : max., 12; min., 6; I. o., 3.

11 h. 35 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.*

11 h. 55 : les contractions utérines sont très faibles et l'on est obligé d'arrêter presque complètement l'anesthésie.

12 heures : *5 U. d'hypophyse.*

12 h. 15 : la dilatation arrive rapidement à grande palmaire. On laisse la malade se réveiller pour la faire pousser : la tête descend lentement au détroit inférieur en O. I. D. P. Les bruits du cœur sont bons.

12 h. 30 : la tête paraît de bonne prise. On décide de terminer par une application de forceps. Rotation et extraction très pénible d'un enfant de 3,170 kg., qui crie aussitôt.

12 h. 50 : délivrance naturelle. Episiotomie réparée par deux points. Suites de couches un peu fébriles.

Observation IV. — M^me^ C..., deuxièmipare, Clinique obstétricale (n° 948), 9 novembre 1944.

Vingt heures pour arriver à 5 francs. Début d'œdème du col et d'infection amniotique. Injection de 10 U. de Pituiphorin et de 10 U. d'hypophyse. Dilatation complète en quinze minutes. Souffrance fœtale. Forceps difficile.

A terme. Début du travail le 8, à 3 heures.

A 15 heures, rupture spontanée de la poche des eaux. Entre en salle le 8, à 16 heures. Tête en bas, dos à gauche. Tête non engagée. Col dilaté comme 2 francs.

Le 9, à 9 h. 30 : dilatation de 5 francs. 5 U. d'hypophyse; 1 cm^3^ de spasmalgine.

11 heures : dilatation de 5 francs. Le col commence à s'œdématier. Température à 37°9.

11 h. 30 : *10 U. de Pituiphorin et chloro-kélène.*

12 heures : devant l'insuffisance des contractions, on réinjecte 10 U. d'hypophyse.

12 h. 15 : dilatation complète, mais il persiste un bourrelet de col, en arrière. La tête descend rapidement à la partie moyenne de l'excavation.

12 h. 30 : les bruits du cœur s'assourdissent. Application de

forceps en G. P. Descente pénible. Rotation et extraction pénibles d'un garçon de 3,600 kg., qui crie aussitôt.

13 heures : délivrance normale. On résèque un lambeau de col, après ligature de son pédicule.

Observation V. — M^me^ M..., trente-huit ans, sixièmipare, Clinique obstétricale, 29 novembre 1944.

Cinq enfants vivants : trois accouchements spontanés; deux forceps, dont l'un pour un enfant de 4,500 kg.

Hypotonie secondaire à grande palmaire. M. Rivière conseille la méthode Delalande. Echec de la méthode. Application de forceps, à deux reprises, qui échoue. Césarienne.

A terme. Début du travail le 29, à 0 heure. Entre en salle à 3 h. 15. Tête en bas, dos à droite. Tête élevée, mobile. Col à petite palmaire. Poche des eaux intacte. Promontoire accessible loin, on sent toute la concavité sacrée.

5 heures : dilatation complète.

6 heures : contractions peu intenses : on rompt la poche des eaux.

6 h. 15 : injection de 5 U. d'hypophyse. La tête reste coincée au détroit supérieur.

7 h. 30 : pas de contractions utérines. Le col est revenu un peu sur lui-même. Les bruits du cœur sont un peu ralentis.

7 h. 45 : *10 u. d'hypophyse et chloro-kélène.*

L'utérus se contracte bien deux ou trois fois : la tête semble vouloir descendre, mais les contractions s'arrêtent.

La tête est à la partie haute de l'excavation : application de forceps qui semble déraper.

Deuxième application de forceps qui dérape.

Un toucher profond montre qu'il ne s'agit pas d'un hydrocéphale.

Les bruits du cœur sont normaux. On décide de faire une césarienne.

8 heures : césarienne sous anesthésie au chloroforme. Extraction d'un garçon de 3,900 kg., qui crie aussitôt : il est porteur, sur le pariétal droit, d'un volumineux céphalématome.

II. — Il y a urgence a terminer l'accouchement

Nous avons vu, dans les pages précédentes, la rapidité et la facilité avec lesquelles l'association chloro-kélène hypophyse achève la dilatation et amène la tête sur le périnée. Une tête de « bonne prise » ainsi obtenue est facile à extraire avec un forceps qui sera fait souvent « par principe », pour éviter à la femme ou au fœtus toute perte de temps préjudiciable à la vie de l'un ou de l'autre.

La souffrance fœtale, loin de constituer une contre-indication, a été souvent, au contraire, le motif pour lequel on a utilisé la méthode.

Courtois et Balazuc avaient posé cette indication. Mahon a eu souvent recours à cette méthode et nous apportons des observations qui sont caractéristiques à ce point de vue.

Mais il ne faudrait pas pour cela pousser trop loin pareille indication et se laisser impressionner par une solution qui satisfait si grandement l'esprit.

Si la dilatation n'est pas complète, on doit essayer de la compléter, si le col le permet, et terminer par un forceps sur un sommet engagé ou une version sur une présentation élevée, en abandonnant le chloro-kélène pour le chloroforme. Mais si la dilatation ne se fait pas, si dans un cas identique à celui que rapporte Mahon, il s'agit d'une primipare âgée, avec un col à peine dilaté, on doit avoir recours à la césarienne, faite le plus rapidement possible pour avoir le maximum de chances d'avoir un enfant vivant.

Certains états maternels peuvent aussi être l'indication d'un Delalande, lorsque l'on veut préserver au maximum les forces de la mère, la vie de l'enfant à naître ou même arrêter une infection utérine débutante et sauver par là-même la vie de la mère et de l'enfant.

Courtois et Balazuc rapportaient, en 1938, trois cas de grossesse avec tuberculose pulmonaire et deux cas avec cardiopathie traités par la même méthode. Balard, Broustet

et Mahon avaient, vers la même époque, insisté sur l'opportunité de l'accouchement rapide et peu douloureux chez les cardiaques.

Mahon rapporte que chez une primipare affectée d'une maladie mitrale et qui avait donné des signes de décompensation pendant la grossesse, le travail traînant en longueur, il a pu, à partir d'un col souple, dilaté comme 5 francs, terminer l'accouchement très simplement et très vite, avec des suites immédiates et éloignées parfaites. L'aphorisme de Peter perdrait-il sa valeur ?

Chez la tuberculeuse, le petit inconvénient que présente une légère anesthésie au chloro-kélène paraît largement compensé par le gros avantage d'un accouchement rapide et très facilité, surtout si on le termine par une application de forceps systématique afin d'éviter à la malade tout effort, toute anesthésie prolongée, ou une nouvelle injection d'hypophyse.

Dans certains cas d'éclampsie, on usera également du chloro-kélène hypophyse pour faire cesser le plus rapidement possible la cause probable de l'intoxication et préserver la vie du fœtus. On aura intérêt, dans ces cas là, à se servir d'extraits hypophysaires dépourvus de vaso-pressine, afin de ne pas créer une hypertension complémentaire nocive.

Enfin, l'association trouve son indication dans tous les cas d'infection amniotique, dans les accouchements où, la poche des eaux étant rompue depuis déjà très longtemps, on voit monter la température au cours du travail : il faut en finir rapidement, il faut vider cet utérus qui s'infecte et risque d'infecter le fœtus : on fera un chloro-kélène hypophyse.

On trouvera maintenant quelques observations où la méthode a été employée avec succès pour chacune de ces indications.

Observation VI. — M^me^ B..., trente et un ans, Clinique obstétricale, 18 juin 1943.

Souffrance fœtale. Dilatation complétée très rapidement en cinq minutes. Expulsion rapide en onze minutes, après 20 U. d'hypophyse.

Début du travail le 18, à 15 heures. Dilatation de 1 franc.

18 h. 30 : dilatation de 2 francs. Col épais. Légère hypertonie. Spasmalgine. Tête non engagée. Rupture de la poche des eaux : liquide très teinté de méconium. Les bruits du cœur sont bons.

21 h. 35 : dilatation de 5 francs. Col mince, mais tendu. Spasmalgine. Tête en voie d'engagement.

22 h. 05 : *injection de 10 U. d'hypophyse et anesthésie au chloro-kélène.*

22 h. 10 : dilatation complète. Mais la tête reste sur le périnée et les contractions s'arrêtent.

22 h. 15 : *injection nouvelle de 10 U.*

22 h. 20 : expulsion spontanée d'un enfant de 2,620 kg., baignant dans un liquide verdâtre très foncé. Insufflation.

22 h. 30 : délivrance naturelle.

Bon résultat analgésique.

Observation VII. — M^me^ G..., vingt-deux ans, quatrièmipare, Clinique obstétricale (n° 905), 27 octobre 1944.

Souffrance fœtale dès petite palmaire. Dilatation complète en dix minutes. Forceps facile.

A terme le 20 octobre environ.

Début du travail le 27, à 7 heures.

Entre en salle le 27, à 8 heures : tête en bas, dos à droite. Tête non engagée. Col dilaté comme 2 francs. Poche des eaux intacte.

Le 27, à 8 h. 30 : dilatation de 5 francs. Les bruits du cœur sont assourdis par moment.

9 heures : dilatation de petite palmaire. On rompt la poche des eaux : issue d'un liquide fortement teinté par le méconium. Les bruits du cœur sont sourds et rapides. La tête est à la partie moyenne de l'excavation. On décide de faire un chloro-kélène hypophyse.

9 h. 10 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.* La dilatation se complète et la tête descend rapidement à la partie basse de l'excavation.

10 heures : on termine par un forceps en D. T., sans inci-

dent. Extraction d'un garçon de 2,700 kg., qui crie aussitôt. Le cordon ombilical est en écharpe autour des deux épaules. Issue de méconium.

11 h. 15 : délivrance naturelle.

Observation VIII. — Mme D..., trente-sept ans, Clinique obstétricale (n° 89), 31 janvier 1944.

Albuminurie de la fin de la grossesse. Deux crises d'éclampsie pendant le travail. A petite palmaire, souffrance fœtale. On hésite entre le chloro-kélène hypophyse et la césarienne. La méthode de Delalande est décidée. Dilatation complète en cinq minutes. Forceps facile.

A terme. A la consultation, le 28 janvier, on trouve des traces d'albumine dans les urines. Début du travail le 29, à 22 heures.

Entre en salle le 30, à 3 h. 30 : tête en bas, dos à droite. H. U. : 35. Tête non engagée. Col dilaté à 0 f. 50. Poche des eaux intacte.

11 heures : 0,30 g. d'albumine dans les urines. Céphalées, douleur épigastrique. T. A. : 17 - 8; I. o. : 7. Lavement purgatif : eau-de-vie allemande.

18 h. 30 : dilatation de 2 francs. T. A. : 14 - 6; I. o. : 2. Petite crise d'éclampsie sans morsure de la langue. Coma de cinq minutes. Somnifène intraveineux : 2 cm³. On rompt la poche des eaux.

19 h. 30 : dilatation stationnaire à 2 francs. T. A. : 15 - 7; I. o. : 4. Somnifène intraveineux : 2 cm³ Hypophyse : 2 U. 1/2

23 h. 15 : dilatation de 5 francs.

0 h. 2 : T. A. max. : 24. Crise d'éclampsie identique à la précédente. Saignée : 500 cm³. Somnifène : 2 cm³. T. A. max. : 16.

5 heures : T. A. max. : 23. Somnifène intraveineux : 2 cm³.

8 heures : dilatation de petite palmaire. Le col est mince, un peu résistant. La tête, à peine engagée, plonge par sa bosse séro-sanguine volumineuse. Les bruits du cœur sont ralentis en permanence. On hésite entre la césarienne et chloro-kélène.

8 h. 30 : les bruits du cœur redeviennent normaux : on décide faire un chloro-kélène hypophyse.

9 heures : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.*

9 h. 05 : la dilatation se complète rapidement, aidée par le

doigt. La tête est descendue à la partie basse de l'excavation. Application de forceps en D. T. : dès l'introduction de la branche droite : issue d'une purée de méconium. Rotation et extraction faciles d'un garçon de 3,030 kg., qui naît étonné et somnolera pendant douze heures.

9 h. 10 : délivrance naturelle. Depuis la dernière crise d'éclampsie jusqu'à l'accouchement, la malade n'a uriné que 40 cm³ d'urine contenant 5 g. d'albumine. Le 1er février, 2,50 g. dans les urines. Le 2 février, débâcle urinaire : 1.500 cm³ avec 0,06 g. d'albumine. T. A. : 14 - 7.

Observation IX. — Mme V..., vingt-sept ans, deuxièmipare, Clinique obstétricale (n° 802), 22 septembre 1944.

Quatre crises d'éclampsie pendant le travail. Dilatation de grande palmaire obtenue en vingt minutes. Forceps facile.

A terme. Début du travail à 1 heure.

6 heures : petite crise d'éclampsie sans prodromes.

7 heures : nouvelle crise identique.

Entre en salle à 7 h. 30 : tête en bas, dos à gauche. H. U. : 32. Engagement amorcé O. I. G. A. Col effacé à 5 francs. Poche des eaux intacte.

8 heures : nouvelle crise.

8 h. 10 : nouvelle crise d'éclampsie. Somnifène intraveineux : 2 cm³.

10 heures : dilatation de petite palmaire.

10 h. 45 : dilatation de petite palmaire. T. A. : 20 - 15 - 10; I. o. : 5. Albumine : 0,60 g. On rompt la poche des eaux.

11 heures : les contractions sont peu nombreuses. T. A. : 21 - 12. Sur le conseil du Professeur Rivière, on fait un *chlorokélène hypophyse*.

11 h. 20 : dilatation de grande palmaire. La tête descend dans l'excavation.

11 h. 40 : application de forceps en O. I. G. T. pour éviter tout effort d'expulsion à la malade. Extraction d'un garçon de 3,250 kg., qui crie aussitôt.

11 h. 55 : délivrance naturelle. T. A. : 19 - 10.

17 heures : T. A. : 17 - 9; I. o. : 4.

Observation X. — Mme J..., trente-sept ans, sixièmipare, Clinique obstétricale, le 9 avril 1944.

Poche des eaux rompue depuis vingt-quatre heures. Infection amniotique. Bassin généralement rétréci. Anomalie de la dilatation. Dilatation complète en trente-cinq minutes. Forceps facile.

A terme. Rupture de la poche des eaux spontanée, le 8 à 9 h. 30. Entre en salle le 8 à 15 heures : tête en bas, dos à gauche. H. U. : 32. Tête non engagée. Col épais, ouvert comme 2 francs. Promontoire accessible. Un faux promontoire. Exostose importante à la face postérieure de la symphyse pubienne.

Le 9, à 10 heures : dilatation de 2 francs.

17 heures : dilatation de 5 francs. 2. U. 1/2 d'hypophyse.

21 heures : dilatation de 5 francs. Col épais. Tête très élevée, contractions espacées. Température à 38°7. Liquide fétide. Bruits du cœur rapides, mais réguliers.

21 h. 30 : 2 U. 1/2 d'hypophyse. Les contractions s'intensifient, mais la dilatation ne progresse pas.

22 heures : dilatation de 5 francs. Température à 37°4. On décide de faire un chloro-kélène.

22 h. 15 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.*

22 h. 40 : les contractions sont peu intenses, mais la tête s'engage en O. I. G. T. Extraction facile d'une fille de 3,760 kg., avec un circulaire serré autour du cou. Après la sortie de l'enfant, issue d'un flot de liquide fétide; l'enfant, également très fétide, est facilement ranimé.

23 heures: délivrance naturelle.

Observation XI. — Mme M..., vingt-sept ans, primipare, Clinique obstétricale, le 4 novembre 1944.

Dilatation de trente et une heures. A 5 francs, début d'œdème du col et d'infection amniotique. Dilatation complète en quinze minutes. Forceps facile.

A terme le 10. Début du travail le 3, à 16 heures. Rupture spontanée de la poche des eaux à 19 heures.

Entre en salle le 3, à 20 heures : tête en bas, dos à gauche. Tête non engagée O. I. G. A. Col en voie d'effacement.

Le 4, à 20 heures : dilatation à 5 francs. Le travail traîne en

longueur depuis vingt-quatre heures. Hypophyse, 5 U.

22 heures : dilatation de 5 francs. Spasmalgine, 1 cm³.

23 heures : dilatation de 5 francs. Température à 37°3. Pertes fétides. Le col souple a tendance à s'œdématier.

23 h. 15 : *10 U. de pituiphorin et chloro-kélène.* Les contractions sont peu intenses. La dilatation progresse, aidée par le doigt.

23 h. 30 : dilatation à petite palmaire. *5 U. d'hypophyse Choay* n° 4.

23 h. 45 : dilatation de grande palmaire. Application de forceps en G. A. à la partie basse de l'excavation. Extraction d'une fille à odeur très fétide, qui crie aussitôt.

24 h. 05 : délivrance naturelle.

Observation XII. — Mme P..., primipare, Bagatelle (n° 163), le 20 juillet 1943.

Dix heures pour arriver à 2 francs. Début d'œdème du col. Sous chloro-kélène : incision du col. Dilatation complète en quinze minutes, avec 10 U. d'hypophyse. Forceps, au détroit supérieur, facile.

Rupture de la poche des eaux le 18. Début du travail le 20, à 13 heures.

16 h. 30 : dilatation de 0 fr. 50. Début hypertonique. Température à 37°9. 1 cm³ de spasmalgine.

18 h. 30 : même dilatation. Col qui commence à s'œdématier 1 cm³ de spasmalgine.

19 h. 30 : les contractions sont très rapprochées et très douloureuses. 1 cm³ de spasmalgine.

21 heures : dilatation de 1 franc. 2 U. 1/2 d'hypophyse.

21 h. 30 : même dilatation. Température à 39°2. 2 U. 1/2 d'hypophyse.

22 h. 45 : même dilatation. 5 U. d'hypophyse.

23 heures : dilatation de 2 francs. Sous anesthésie au *chloro-kélène,* on fait des incisions du col.

23 h. 15 : injection de *10 U. d'hypophyse.*

23 h. 45 : application d'un forceps au détroit supérieur en G. T. Rotation et extraction d'une fille de 2,250 kg.

24 heures : délivrance artificielle et révision utérine.

III. — La dystocie osseuse

La difficulté de tous les jours, en obstétrique, n'est pas de prendre une décision dans les évidentes dystocies osseuses, qui sont des bassins à viciation majeure, classiquement connus sous le nom de « bassins chirurgicaux ».

Elle est dans la décision à prendre devant les nombreuses dystocies que l'on rencontre, imprévisibles, douteuses ou minimes, qu'accentue ou que révèle l'épreuve du travail : on se trouve en face d'un bassin limite ou d'une très légère disproportion céphalo-pelvienne.

C'est ainsi que l'on rencontre un bassin aplati quand le doigt atteint le promontoire seul et alors que l'arc antérieur est à grande courbure; un bassin généralement rétréci, annelé, alors que le doigt partant du promontoire suit le contour du détroit supérieur et trouve un arc antérieur de petite courbure; un bassin généralement rétréci, étagé si, en plus des éléments précédents, le doigt atteint plusieurs faux promontoires; un bassin généralement rétréci, canaliculé, si le doigt ne quitte pas la face antérieure du sacrum sur toute sa hauteur; un bassin généralement rétréci et aplati, si le doigt suit le contour du détroit supérieur mais trouve un arc antérieur à grande courbure; enfin, un bassin aplati transversalement, si le doigt atteint facilement les lignes innominées et les épines sciatiques et s'il trouve un arc antérieur de petite courbure.

Tous ces bassins à viciation mineure peuvent ne pas s'opposer au passage du mobile fœtal à travers la filière pelvienne si celui-ci est adapté à elle, ou s'il s'engage bien dans elle.

Mais, s'il s'agit d'un enfant de volume moyen, dans un bassin de 8,5 à 9 cm. de diamètre minimum promonto-rétropubien, nous tombons dans la catégorie des bassins limites. Delalande appelait ainsi le bassin un peu juste avec un enfant un peu gros. La tête fœtale ne déborde pas, mais elle

n'est pas engagée et l'expression manuelle sus-pubienne ou l'expression haute sur le fond utérin, ne montre pas d'engagement net, mais à peine une tendance à la fixation.

« En résumé, comme l'écrit Courtois, tête non engagée au début du travail et bassin de dimensions limites posent à l'accoucheur le plus avisé une énigme très difficile. »

L'avenir, en effet, dépend de la résistance de la mère et du fœtus, de la valeur des parties molles, de la malléabilité de la présentation et surtout de la qualité et de la quantité des contractions. Autant d'éléments inconnus que le travail peut seul déterminer.

Ce travail peut être dangereux et fatal à la mère ou à l'enfant et parfois aux deux, car l'intensité des contractions utérines, de la douleur et la fatigue peuvent être extrêmes au point de tuer l'une et l'autre.

Il convient donc, dans ces cas limites, de faire une épreuve du travail qui décidera, tantôt de l'évolution de l'accouchement, tantôt de la nécessité d'une intervention (telle était l'opinion de Commandeur, dès 1934, avant qu'eût été créée l'expression d'épreuve du travail).

Mais, par contre, il y a une indication formelle à ne pas dépasser une durée raisonnable non dangereuse pour la mère ou pour l'enfant.

Avant Kreis, dans ces cas « limite », une formule avait été généralement acceptée; après rupture de la poche des eaux, à dilatation complète, et une période d'expulsion de deux heures, l'épreuve était considérée comme négative si l'accouchement ne s'était pas effectué normalement.

Mais beaucoup de parturientes n'arrivaient jamais à dilatation complète ou y arrivaient si tard, que si la césarienne était envisagée, elle était pratiquée dans les pires conditions d'insécurité pour la mère et pour l'enfant. Aussi, en pratique, chacun suivait sa tendance : les uns pratiquaient des césariennes précoces dont bon nombre étaient inutiles, les autres prolongeaient l'épreuve du travail jusqu'au delà des

limites raisonnables et voyaient leurs résultats trop lourdement grevés, autant chez la mère que chez l'enfant.

Aussi Kreis eut-il le grand mérite de nous donner une méthode qui nous a permis d'instituer, sans prolongation inutile, une épreuve de travail qui est rapidement décisive.

Cette méthode n'est autre que « l'accouchement médical ». Après rupture de la poche des eaux, rupture précoce dès que la dilatation est commencée, Kreis use largement de spasmalgine pour supprimer les spasmes sous-bandliens qui sont la règle dans les accouchements dystociques. Rapidement les contractions utérines amènent une confrontation décisive entre la tête fœtale et le bassin.

C'est dire que l'accouchement dirigé trouve son application intégrale et la moins discutable dans l'épreuve du travail.

Cette durée du travail, d'après Kreis, ne doit pas dépasser dix heures ni, d'après Brouha, six à douze heures : une décision doit avoir été prise avant ce laps de temps. En réalité, il est difficile de fixer un horaire précis à une épreuve de travail : c'est là affaire de sens clinique et de bon sens tout court.

Courtois nous proposa, dès 1938, d'utiliser le chloro-kélène hypophyse pour accélérer cette épreuve de travail. Il croit, en effet, à tort selon nous, que l'excès de douleur tue certaines femmes dont le travail est trop douloureux, et certaines femmes pusillanimes ou dont la capacité de résistance est amoindrie.

Il nous semble que la douleur n'entre que pour une faible partie dans la cause de la mort au cours de l'accouchement.

Et c'est pour cela qu'il est partisan de raccourcir au maximum cette durée de l'épreuve du travail.

Pour cela, il pratique l'épreuve du travail sous surveillance continue, en salle d'opération, à partir d'une dilatation de petite palmaire chez la primipare et de 5 francs chez la multipare.

« L'épreuve, dit-il, est suffisante en une demi-heure ou une heure, soit après trente à quarante contractions fortes, régulières, bien rythmées. »

Ainsi donc, on obtient rapidement et sans douleur — ce sont les deux points essentiels —, en peu de temps, une heure et demie au maximum, ce qui rentre dans les limites habituelles d'une anesthésie, une confrontation excellente et physiologique entre le fœtus et le bassin limite.

On remarquera aussi — autre point intéressant — que, dans un grand nombre de ces cas dystociques, l'épreuve du travail est habituellement faussée par des anomalies fonctionnelles de la dilatation. « Il en résulte le paradoxe, comme l'écrit Mahon, que l'on trouve des femmes chez qui, lors d'un premier accouchement, une césarienne a été nécessaire, alors qu'ultérieurement elles mettent spontanément au monde des enfants d'un poids supérieur. L'association chloro-kélène hypophyse, en assurant des contractions énergiques et bien rythmées, en supprimant l'obstacle du col, permet d'éliminer de l'épreuve du travail toute perturbation fonctionnelle. On est sûr de n'avoir plus à faire, après recours à cette méthode, que les césariennes indispensables ».

D'ailleurs, le pronostic de ces césariennes basses, faites tôt sur une malade non fatiguée, s'améliore considérablement après une épreuve du travail ainsi conduite : on ne verra plus en particulier ces morts postopératoires dues, peut-être en partie, à la fatigue d'un long travail.

Mais toute épreuve du travail conduite avec le secours du chloro-kélène hypophyse sera arrêtée si l'engagement ne se fait pas, si la dilatation s'arrête, s'il y a menace de rupture utérine, que l'on reconnaîtra par la contracture de l'utérus, l'amincissement extrême du segment inférieur, l'ascension de l'anneau de Bandl, la tension des ligaments ronds, l'œdème, la tension et le crépitement sus-pubien. En ce cas, sur la table d'opération où la malade se trouve, on abandonnera le chloro-kélène pour le chloroforme, l'éther

ou la rachi-anesthésie et la césarienne sera pratiquée immédiatement.

Souvent cette épreuve du travail se terminera favorablement par un accouchement spontané que l'on n'escomptait plus. Mais il est d'autres cas où il ne se terminera pas par les voies naturelles : ce sont ceux où au bassin limite s'ajoute une autre dystocie, autre présentation qu'une O. I. G. A., tête fœtale très ossifiée, mal fléchie, utérus cylindrique, hypertonique ou fibromateux, segment inférieur épais et rigide, col mal affacé, spasmé, douloureux, œdématié avec cicatrices.

Dans ces cas, l'épreuve du travail par le chloro-kélène sera évidemment écourtée au maximum et l'on aura recours rapidement à la voie abdominale.

Une erreur que l'on ne commettra pas et que signale Mahon, c'est d'estimer de « bonne prise » une tête que les contractions ont collé au détroit supérieur sans le lui faire franchir. Il semble que le forceps pourra achever l'œuvre de l'hypophyse : il n'en est rien. Il faut, pour être autorisé à terminer par en bas, un sommet incontestablement bien engagé. Sinon la césarienne s'impose.

Que conclure ? L'accoucheur agira le plus souvent selon son tempérament obstétrical ou chirurgical, temporisateur ou interventionniste. Il est incontestable que le chloro-kélène hypophyse reccourcit considérablement l'épreuve du travail et qu'en une heure et demie, au grand maximum, on a obtenu une épreuve du travail physiologique et décisive.

« Rien n'est plus difficile, comme l'a écrit Courtois, de trouver la sagesse d'un juste éclectisme à égale distance des expectatives trop prolongées, des interventions trop nombreuses ou trop hâtives, des traumatismes trop violents par voie basse, de ces césariennes trop tardives et mortelles. »

Faire une épreuve du travail en raccourci et se décider vite pour la solution qui sauvegarde au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant, voilà, en résumé, la conclusion qui s'impose.

Les quelques observations suivantes illustrent notre exposé.

Observation XIII. — M^me^ J..., trente-six ans, primipare. Clinique obstétricale (n° 114), 7 février 1944.

Bassin généralement rétréci, canaliculé. Epreuve du travail ordinaire, sans succès. Souffrance fœtale. Méthode de Delalande appliquée trop tard. Forceps facile, mais enfant mort.

A terme. Début du travail à 0 heure.

Entre en salle à 9 heures : tête en bas, dos à gauche. Tête non engagée. Dilatation de 2 francs. Poche des eaux intacte. Bassin généralement rétréci, canaliculé, antéversé. Promontoire accessible à bout de doigt. On sent toute la concavité sacrée. Les lignes innominées sont plus accessibles que normalement.

9 heures : dilatation de 2 francs. Tête mobile, col mince, souple. L'utérus se relâche mal entre les contractions. Spasmalgine.

11 heures : dilatation de 5 francs. Spasmalgine.

14 h. 30 : grande palmaire. Tête au détroit supérieur. Rupture artificielle de la poche des eaux : liquide fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur sont bons.

15 h. 30 : la tête semble vouloir plonger. On fait pousser la malade, car la tête appuie mal sur le col. La malade pousse très mal et se débat.

16 h. 30 : le col semble être revenu un peu sur lui-même. La tête s'amorce en G. T. Les bruits du cœur sont sourds, mais réguliers. On décide de faire un chloro-kélène hypophyse.

17 h. 05 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène*. La dilatation progresse rapidement et la tête descend en G. T. Les bruits du cœur deviennent sourds. On termine par un forceps rapide en G. T.

17 h. 20 : extraction facile d'une fille de 2,750 kg., avec un circulaire serré autour du cou que l'on doit couper entre deux pinces. Malgré un bon aspect, l'injection de lobéline, l'insufflation et l'oxygénothérapie, l'enfant n'a pu être ranimée.

17 h. 37 : délivrance naturelle. Petite épisiotomie réparée par trois points. Suites de couches apyrétiques.

Observation XIV. — M^me^ L..., vingt-trois ans, primipare, Clinique obstétricale (n° 709).

Vingt-trois heures pour arriver à petite palmaire. Dystocie du détroit moyen. Epreuve du travail conduite par le Delalande : positive. Forceps facile.

A terme. Début du travail le 13 août, à 4 heures.

Entre en salle le 14, à 2 h. 30 : tête en bas, dos à gauche. H. U. : 32. Tête engagée, col épais, dilatation de petite palmaire. Poche des eaux rompue. On sent les épines sciatiques fortement saillantes.

3 h. 10 : la dilatation ne progresse pas et la tête, qui est engagée au détroit supérieur, est fortement bridée dans sa descente par le col qui est intimement plaqué contre elle. Les contractions sont pourtant bonnes et régulières. On décide de faire un chloro-kélène pour faire céder cette résistance du col et pour essayer de savoir rapidement si ce bassin aux épines sciatiques si saillantes laissera passer cette tête.

3 h. 15 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.* L'utérus répond par une contraction extrêmement violente et soutenue que l'on arrive à maîtriser en endormant profondément la malade. Les bruits du cœur deviennent lents, mais restent réguliers.

3 h. 30 : la dilatation se complète.

3 h. 40 : On fait pousser la malade, à demi-consciente et qui produit des efforts prolongés. La tête descend rapidement, mais elle ne parvient pas à franchir les épines sciatiques sur lesquelles elle vient butter à chaque contraction.

On décide de terminer par un forceps, car l'on a l'impression que l'obstacle osseux est léger et permettra l'extraction sans tirer. On se réserve d'ailleurs la voie haute en cas d'insuccès.

4 h. 15 : sous anesthésie au chloroforme, les branches sont facilement introduites. La rotation est facile au-dessus du détroit moyen et l'extraction ne recontre aucune difficulté; on ramène une fille de 3,380 kg., née étonnée, mais qui est rapidement ranimée.

4 h. 45 : délivrance naturelle.

Observation XV. — M^me^ B..., trente-cinq ans, Clinique obstétricale (n° 845), le 7 octobre 1944.

Bassin rétréci. Dilatation stationnaire à 5 francs, depuis cinq heures. Suivant les conseils de M. le Professeur Rivière, on applique la méthode Delalande en se préparant à faire une

césarienne. Epreuve du travail positive en cinq minutes. Forceps facile.

A terme. Début du travail le 6, à 8 heures. Le 6 et la nuit du 6 au 7, la malade a de bonnes contractions, mais peu fréquentes.

Le 7, à 12 heures : rupture artificielle de la poche des eaux. Dilatation de 5 francs.

13 h. 30 : dilatation stationnaire. Le docteur Faugère est appelé en consultation. Il trouve un col mal effacé, une tête en D. P., à peine amorcée, et un bassin rétréci : promontoire à 11,5 cm. Deux faux promontoires.

L'excavation semble diminuée dans les diamètres transversaux (on ne peut pourtant pas dire : bassin généralement rétréci, car les sinus sacro-iliaques semblent normaux et l'arc antérieur est bon). Les bruits du cœur sont bons.

Entre en salle à 15 heures : la dilatation se complète, mais il persiste un bourrelet antérieur. La tête reste au détroit supérieur.

18 heures : on décide de tenter un chloro-kélène hypophyse, et on se prépare à faire une césarienne, si la tentative échoue.

18 h. 05 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.* Ce qui reste du col disparaît. La tête descend en quatre ou cinq poussées.

18 h. 10 : la tête s'arrête en D. T. à la partie basse de l'excavation.

18 h. 30 : la rotation ne se fait pas. Application de forceps en D. T.

18 h. 45 : rotation et extraction facile d'une fille de 2,350 kg., qui crie aussitôt.

18 h. 50 : délivrance artificielle et révision utérine : tout est normal.

Observation XVI. — M^me^ M..., troisièmipare, Clinique obstétricale (n° 1.123), le 27 décembre 1944.

Première grossesse, 1941 : forceps en G. A. dans l'excavation pour longueur de la période d'expulsion.

Deuxième grossesse, 1943 : forceps en G. A. pour souffrance fœtale. Enfant de 3,380 kg. Délivrance artificielle. Endométrite.

Troisième grossesse : actuelle.

Bassin généralement et transversalement rétréci. 10 U. de

pituiphorin, puis 5 U. d'hypophyse. Echec : la tête reste au-dessus du détroit supérieur. Césarienne.

A terme. Début du travail le 26, à 20 heures.

Le 27, à 3 heures : rupture spontanée de la poche des eaux.

Entre en salle le 27, à 8 heures : tête en bas, dos à gauche. Tête élevée, col à petite palmaire. Bassin généralement et transversalement rétréci. Promontoire accessible. On sent toute la concavité sacrée. L'arc antérieur est abaissé.

Le 27, à 9 heures : dilatation complète sauf la lèvre antérieure du col qui persiste, mais qui est très souple. Les contractions sont très faibles. La tête est au-dessus du détroit supérieur en asynclitisme antérieur. L'enfant paraît gros. Malgré ce bassin rétréci, et à cause des antécédents, on a l'impression que l'accouchement se fera par la voie naturelle. Aussi, on se décide à faire un chloro-kélène hypophyse.

9 h. 30 : *10 U. de pituiphorin et chloro-kélène.* Aucun résultat.

9 h. 45 : *5 U. d'hypophyse Choay* n° 4. On obtient quelques contractions. Mais la tête reste au-dessus du détroit supérieur. Les bruits du cœur sont bons, un peu sourds et ralentis.

11 h. 30 : césarienne basse et classique, bien que la poche des eaux soit rompue depuis huit heures. Mais la malade n'a pas de température. Incision classique qui tombe sur l'épaule. Extraction, par les pieds, d'un garçon de 4,100 kg., qui crie aussitôt.

Observation XVII. — M^me^ C..., vingt-quatre ans, primipare, Clinique obstétricale, le 3 juin 1943.

Promontoire accessible à 11,5 cm. Arc antérieur un peu redressé. Tête non engagée en fin de grossesse. Pas de rachitisme. Dilatation obtenue en dix minutes à partir de petite palmaire. Tête engagée en O. I. G. T. Forceps facile.

Début du travail le 3 juin, à 1 heure.

5 heures : dilatation de 1 franc.

6 heures : dilatation de 2 francs.

7 h. 30 : dilatation de 5 francs.

7 h. 45 : Spasmalgine, aussitôt le col passe à petite palmaire et devient très souple.

8 h. 05 : *10 U. d'hypophyse, chloro-kélène,*

8 h. 15 : Rupture des membranes sous la pression du doigt. Liquide clair. La dilatation est tout de suite complète.

8 h. 30 : la malade commence à pousser sous anesthésie. La tête adhère au D. S., mais ne s'engage pas.

8 h. 45 : tête engagée en O. I. G. A., semble cependant retenue au D. S. On cesse l'anesthésie qui dure depuis quarante minutes (beaucoup trop tôt). Sous l'effet des efforts d'expulsion prolongés, la tête s'engage, mais en O. I. G. T.

9 h. 25 : tête engagée en O. I. G. T.

10 h. 15 : la malade pousse depuis 8 h. 30 sous anesthésie (demi-heure) et depuis 9 heures sans anesthésie (une heure un quart) sans effet. Forceps facile.

10 h. 30 : enfant de 3,200 kg., réinsufflé un moment (liquide amniotique fortement teinté et fétide).

10 h. 45 : délivrance. Les membranes sont imprégnées de méconium et verdâtres.

Observation XVIII. — M^me^ T..., vingt et un ans, primipare, Clinique obstétricale, le 2 juin 1943.

Bassin généralement rétréci. Dilatation rapide en vingt-huit minutes à partir de 5 francs. Essai d'expulsion, sous anesthésie, pendant quinze minutes, trop tôt arrêté. Expulsion sans anesthésie pendant une heure, insuffisante. Forceps.

A terme le 25 mai. Entre en travail le 2 juin, à 2 heures du matin. Promontoire accessible loin, mais on suit la concavité sacrée sur toute son étendue. Latéralement, les lignes innominées semblent également légèrement rapprochées.

8 heures : dilatation de 1 franc. Poche des eaux intacte, tête non engagée en O. I. D. P.

9 heures : dilatation de 2 francs.

12 heures : dilatation de 5 francs. Tête amorcée.

15 h. 15 : Spasmalgine.

15 h. 32 : dilatation de 5 francs. Col un peu épais. Poche des eaux plate ne faisant pas son office. Tête fixée au D. S., mais non engagée en O. I. D. P. *Hyphophyse 10 U. et chlorokélène.* La dilatation progresse.

16 heures : dilatation complète. Mais les efforts d'expulsion n'arrivent pas à faire descendre la tête.

16 h. 15 : depuis un quart d'heure, la malade pousse, mais

ses efforts restent insuffisants. L'anesthésie dure depuis trois quarts d'heure. On arrête l'anesthésie. La malade continue de pousser dans un état de demi-conscience.

16 h. 30 : engagement. La tête descend dans l'excavation jusqu'à sa partie inférieure et s'arrête en O. I. D. A.

17 h. 15 : idem. On pense que l'expulsion spontanée ne se fera pas. Forceps.

17 h. 30 : extraction d'un enfant de 2,800 kg., qui crie aussitôt.

17 h. 40 : délivrance naturelle.

IV. — Quelques indications particulières

D'autres cas dystociques peuvent bénéficier de la méthode. C'est ainsi que Courtois rapporte neuf cas de placenta *prævia* dans lesquels l'association chloro-kélène hypophyse est justifiée au plus haut point : il faut terminer rapidement l'accouchement pour arrêter une hémorragie qui peut devenir importante et menacer la vie de la malade.

M[lle] Choquart rapporte, elle aussi, un cas de placenta *prævia* ainsi traité : une multipare, enceinte de cinq mois, fait une première hémorragie; à sept mois, elle en fait une seconde plus importante. On rompt les membranes mais, au bout de quelques heures, alors que le col est à 1 franc, l'hémorragie reprend. On injecte l'hypophyse et on pratique l'anesthésie. La femme accouche, quatre-vingts minutes après, d'un enfant vivant de 1,800 kg.

On pourra encore avoir recours à la méthode dans les cas de grossesse double et Courtois a employé la méthode dans cinq cas de grossesse gémellaire.

Les procidences seront aussi une autre indication. C'est ainsi que nous rapportons un cas de procidence de la main. Barroux indique que l'on peut employer la méthode pour des procidences du cordon dans ces cas où une dilatation complète, rapidement obtenue, permettrait d'avoir peut-être un enfant vivant, en évitant une césarienne pour la mère.

Nous avons le souvenir d'un cas cité par Mahon, lequel

fut appelé auprès d'une parturiente chez qui l'on avait rompu à tort la poche des eaux et chez qui survint une procidence du cordon. A dilatation de petite paume, l'intervention fut immédiatement décidée afin d'essayer de sauver ce fœtus dont le cordon ne battait plus. Sitôt l'injection d'hypophyse faite et l'anesthésie commencée, le sommet était à la vulve avant que l'accoucheur ait eu le temps de finir son asepsie. Hélas, l'enfant était déjà mort.

Enfin, Courtois rapporte un cas dans lequel il a usé de la méthode envers un accouchement par la face.

Ici aussi, nous apporterons quelques observations à titre d'exemple.

Observation XIX. — M^me^ G..., deuxièmipare, Bagatelle (n° 3), 10 mai 1943.

Gemellaire. Rupture de la poche des eaux le 9. Début du travail le 10, à 21 heures.

21 h. 45 : *10 U. d'hypophyse et anesthésie au chloro-kélène.*

22 heures : la dilatation complète est obtenue rapidement et la première tête est descendue sur le périnée. Application d'un forceps en O. P. au détroit inférieur et extraction facile d'une fille de 2,800 kg.

22 h. 10 : descente et expulsion spontanée d'une deuxième fille de 3 kilogrammes.

22 h. 15 : délivrance naturelle : placenta bi-vitellin.

Observation XX. — M^me^ D..., vingt-huit ans, troisièmipare, Clinique obstétricale(n° 644), 22 juillet 1944.

Placenta *prævia*. Hémorragie importante. M. le Professeur Rivière conseille le Delalande. Expulsion spontanée.

A terme le 20 août environ. Le 22 juillet, à 3 h. 15 : apparition de quelques contractions utérines et d'une hémorragie importante qui amène une pâleur marquée et une tendance aux syncopes avec un pouls petit et rapide, à 110.

Le médecin, appelé, trouve un utérus très souple qui ne se contracte pas; un col épais, mais souple, dilaté comme 2 francs; une tête au détroit supérieur et des bruits du cœur normaux.

Bien qu'il ne trouve pas de languette placentaire dans l'ori-

fice cervical, le médecin pense à une insertion basse du placenta et il rompt largement la poche des eaux.

La malade entre en salle à 4 heures : tête en bas, dos à gauche. H. U. : 30. Tête non engagée.

L'hémorragie continue. Il faut terminer rapidement l'accouchement.

4 h. 15 : 5 U. d'hypophyse et 1 cm³ de spasmalgine. Les contractions apparaissent rapidement.

4 h. 50 : *10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.*

5 heures : la dilatation est complète et la tête descend.

5 h. 10 : la parturiente se réveille peu à peu et expulse un garçon de 2,460 kg., qui naît étonné : il est ranimé, mais il mourra au quatrième jour.

5 h. 30 : délivrance naturelle. L'examen du placenta montre que la petite membrane mesure 10 cm. Il n'existe pas d'hémorragie rétro-placentaire, mais cependant, à la partie toute périphérique du placenta, en un point limité, on trouve un caillot organisé peu important.

Peut-être s'agissait-il d'un décollement du placenta normalement inséré ?

Observation XXI. — M^me^ D..., primipare, Bagatelle (n° 136), 5 mai 1943.

Procidence de la main. Rupture de la poche des eaux le 4 au matin. La tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur. Dans la journée du 4 s'installe une procidence de la main. Le col est ouvert, non effacé.

Début du travail le 4 au soir.

Le 5, à 3 heures : les contractions sont fréquentes et bonnes.

8 heures : situation identique. Col épais, ouvert comme 2 francs. La main est de plus en plus procidente. La malade entre en salle où elle reçoit 1 cm³ de spasmalgine.

11 h. 30 : dilatation de 5 francs. Col souple. On réussit à repousser la main procidente derrière la tête.

12 heures : *injection de 10 U. d'hypophyse et chloro-kélène.* La tête s'engage rapidement, se fléchit et descend.

12 h. 15 : application de forceps en O. P. au détroit inférieur. Extraction d'une fille de 3,030 kg., qui crie aussitôt. Délivrance naturelle et rapide en quelques minutes.

CHAPITRE III

Indications de l'association chloroforme-hypophyse

A la lecture des pages précédentes, on a vu que souvent l'accoucheur est obligé d'abandonner le tube de chlorokélène pour celui de chloroforme : cela chaque fois qu'il s'agit de vaincre la contracture des muscles striés due au chlorure d'éthyle. Il usera donc du chloroforme chaque fois qu'il sera obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps, chaque fois qu'il aura besoin d'une grande souplesse des parties molles, comme dans l'accouchement par le siège et dans l'extraction qui suit la version par manœuvres internes.

I. — L'accouchement par le siège

Il peut être pratiqué selon la méthode de Delalande et il l'a été par l'auteur lui-même. A condition de n'intervenir qu'à une période plus avancée du travail et à la condition de ne pas extraire le siège avant que la dilatation ne soit absolument complète, la présentation du siège n'est pas une contre-indication. Delalande déclare d'ailleurs : « Il faudra redoubler de prudence et n'employer le procédé que tardivement, lorsqu'on voit que le siège vient vraiment très bien ».

Courtois rapporte huit observations concernant des pré-

sentations du siège avec bassin normal, sans autre incident qu'un forceps sur la tête dernière.

Comme le dit Mahon : « Il est certain qu'on pourra avoir un accouchement spontané et indolore dans une présentation du siège, chez une multipare, surtout si les parties molles sont très souples et le siège complet ».

Mais il en sera tout autrement dans la variété la plus dystocique : le siège décomplété avec dilatation stationnaire surtout si elle se présente chez une primipare à périnée résistant. On comprend que le chloro-kélène ne soit d'aucun secours thérapeutique puisqu'il ajoute à la résistance naturelle du périnée une contracture due au chloro-kélène.

Par contre, on conçoit que le chloroforme qui relâche au maximum ces mêmes fibres permet aux contractions utérines devenues régulières, fortes et accélérées sous l'effet de l'injection d'hypophyse, d'engager le mobile fœtal dans une excavation qui n'offre plus de résistance.

Mahon nous propose donc une nouvelle association : le chloroforme-hypophyse, mais avec une technique différente de celle de Delalande.

Dans un premier temps, en effet, l'anesthésie simple au chloroforme permettra, dans un utérus en relâchement, d'effectuer un abaissement du pied facile.

Dans un deuxième temps, dès que le pied est abaissé, on fait une injection de 10 unités d'hypophyse cependant que l'on cesse l'administration de chloroforme. Au bout de quelques minutes, la parturiente, encore à moitié endormie, se met à pousser inconsciemment et l'on bénéficie alors d'excellentes contractions, du relâchement des parties molles dû au chloroforme, des poussées réflexes parfaites sous cette anesthésie (qui était complète, mais devient « à la Reine » en se dissipant), à quoi viennent s'ajouter des tractions modérées et exercées au moment opportun et une expression abdominale modérée.

Il ne s'agit plus alors d'une extraction artificielle faite par l'accoucheur, mais plutôt d'une expulsion physiologique due

aux contractions utérines renforcées moulant parfaitement l'organe sur le fœtus, empêchant ainsi en particulier le relèvement des bras.

Si un complément d'anesthésie est nécessaire au moment du dégagement de la tête, il est facile de faire donner à nouveau quelques gouttes de chloroforme.

Telle est la technique que l'on peut employer dans l'accouchement dystocique du siège, en dehors, bien entendu, de toutes disproportions.

II. — La version par manœuvres internes

Elle bénéficie d'un mode opératoire sensiblement analogue. Ce sont, en effet, les mêmes résultats que l'on recherche : grande souplesse périnéale et bonnes contractions utérines pour obtenir une expulsion rapide.

« Sous anesthésie générale au chloroforme, on saisira un ou les deux pieds et on fera évoluer le fœtus. Dès que cette évolution est terminée et que les pieds sont amenés à la vulve, on interrompt l'anesthésie et on fait l'injection d'hypophyse » : ce sont là les propres paroles de Mahon.

On évitera ainsi la grande extraction, dont les aléas et les difficultés ne sont pas négligables, surtout si la dilatation n'est pas tout à fait complète ou si les parties molles manquent de souplesse.

Il est préférable que cette dilatation s'achève d'une manière physiologique sous la pression du mobile fœtal, dont la progression se fait rapidement, sous l'influence des contractions utérines régulières, plutôt qu'elle se fasse sous les efforts répétés, avec plus ou moins de doigté, d'un accoucheur impatient.

« En résumé, comme l'écrit Mahon, il s'agit d'une version séparée, mais sans l'inconvénient d'une attente prolongée entre l'évolution et la naissance de l'enfant; la durée qui sépare ces deux temps n'excède pas, avec notre procédé, dix minutes. »

Nous n'avons pas la chance de pouvoir fournir à nos lecteurs quelques observations détaillées et nous ne parlons de cette indication que d'après les conversations que nous avons eues avec M. Mahon : celui-ci, en effet, a eu l'occasion d'agir ainsi deux fois avec un plein succès — chez des secondipares, il est vrai.

Observation XXII. — M^me^ V..., vingt-deux ans, primipare, Clinique obstétricale (n° 647), 22 juillet 1944.

Siège décomplété, mode des fesses. Abaissement du pied sous chloroforme. Chloro-kélène hypophyse suivant le conseil de M. le Professeur Rivière. Forceps sur la tête dernière.

Le 12 juin, on trouve : tête en haut, dos à droite. Une tentative de version par manœuvre externe échoue.

Le 21 juillet : rupture prématurée de la poche des eaux, à 21 h. 30.

Entre en salle à 22 heures : tête en haut, dos à gauche. H. U. : 34 cm. Col intact.

Le 22, à 0 h. 30 : premières contractions peu intenses et espacées.

11 h. 30 : dilatation de 2 francs. Col souple, contractions rares et peu intenses. 2 U. d'hypophyse.

15 h. 30 : dilatation de 5 francs. Bonnes contractions.

17 h. 30 : dilatation de 5 francs. On décide d'abaisser le pied.

19 h. 10 : *sous anesthésie au chloroforme,* on abaisse facilement le pied gauche qui est antérieur.

19 h. 15 : dilatation de petite palmaire. Col très souple. Bruits du cœur bons. *10 U. d'hypophyse.*

19 h. 30 : dilatation complète. On fait pousser la malade qu'on laisse se réveiller. Mais la présentation reste élevée et les bruits du cœur se sont assourdis. On pousse l'anesthésie.

19 h. 40 : sous anesthésie au chloroforme, on abaisse facilement l'autre membre inférieur puis le tronc. Les bras, non relevés, viennent facilement. Le Mauriceau est fait sur une tête en transverse au-dessus du détroit supérieur. On oriente la tête, on la fléchit et on l'engage sans trop de difficulté.

Puis la progression devient très pénible : on termine par un forceps sur la tête dernière qui ramène une fille de 2,860 kg.,

en état de mort apparente, qu'on ranime après une insufflation et une injection de lobéline.

20 h. 15 : délivrance naturelle assez hémorragique.

21 h. 30 : la malade a saigné abondamment. Pouls à 120. T. A. : 10 - 5; I. o. : 1. Injections successives de sécacornine, de pressyl, de sérum intraveineux et d'hypophyse.

23 h. 30 : pouls à 130, à peine perceptible. T. A. : 7 - 4; I. o. : 1/2. L'hémorragie continue, la malade est pâle. Révision utérine qui ramène quelques débris de membrane et des caillots. Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

I. — *L'association chloro-kélène hypophyse (méthode Delalande)* est une méthode d'analgésie et d'accélération de l'accouchement, qui donne chez la multipare des résultats particulièrement brillants. Chez la primipare, la dilatation se complète rapidement quand le col est mince et souple, mais l'expulsion, freinée par les releveurs et les muscles du périnée, doit être fréquemment terminée par une application de forceps, d'ailleurs généralement basse et facile.

Les séries importantes de bons résultats obtenus entre des mains expertes ne doivent pas faire oublier les dangers de la méthode inhérents à l'anesthésie et surtout à l'hypophyse. Ces dangers doivent limiter l'usage de l'association chloro-kélène hypophyse lorsqu'il n'y a pas d'indication véritable, curatrice ou préventive d'une dystocie.

Dans l'accouchement normal, c'est une méthode de luxe, de complaisance, dont la majorité des femmes peut se passer.

II. — *Son emploi dans les accouchements dystociques* apparaît comme une des acquisitions thérapeutiques importantes de l'obstétrique contemporaine, en raison :

— de l'amélioration des contractions utérines qu'elle provoque et qui prennent leur efficacité maxima;

— de son action rapide sur la dilatation qui, bien que suivant son mode physiologique, est considérablement accélérée;

— de la rapidité avec laquelle elle permet souvent de terminer l'accouchement;

— de l'économie de force qu'elle présente pour la mère.

Elle trouve, sous cette forme, ses indications :

— dans la dystocie fonctionnelle où elle représente un traitement de choix des dilatations traînantes ou stationnaires;

— dans tous les cas où il y a urgence à terminer l'accouchement en raison soit d'une souffrance fœtale, soit d'une affection de la mère qui oblige à ménager ses forces au maximum, soit d'une infection utérine ou d'une intoxication générale qui risque d'avoir des conséquences graves pour la mère ou le fœtus;

— dans la dystocie osseuse où elle réalise la meilleure confrontation possible entre la présentation et le bassin, permettant ainsi de faire une épreuve du travail d'excellente qualité, mais « en raccourci », ce qui améliore grandement le pronostic de la césarienne basse.

III. — *L'association chloroforme-hypophyse* est, « en application séparée », une méthode d'intérêt certain, d'un grand secours dans toutes les manœuvres qui exigent une grande souplesse des parties molles.

Elle trouvera son indication :

— dans la présentation dystocique du siège décomplété;

— dans la version par manœuvres internes.

IV. — *L'association anesthésique-ocytocique*, tant dans les accouchements normaux (méthode de Delalande) que dans les accouchements dystociques, est une méthode parfois brillante, parfois dangereuse, toujours délicate.

La plus élémentaire prudence conseille de ne permettre son emploi que par des accoucheurs qualifiés, opérant sur des cas choisis, en milieu spécialisé.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
M. RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Juin 1945.
Le Recteur.
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous apportons une longue bibliographie, mais nous n'avons pas la prétention de la faire complète : en particulier, toute la littérature étrangère parue pendant la guerre actuelle nous a échappé.

Ce sont dans ces références que nous avons puisé une bonne partie des éléments de notre travail (1).

I. — OCYTOCIQUES, ACCOUCHEMENT MÉDICAL, ACCOUCHEMENT DIRIGÉ

1. Anselmino (K-J.). — Ueberden vorzeitigen Blasensprung. *Zeitschrift für Geburtsshülfe und Gynäkologie,* t. 121, n° 2, 23 août 1940.
2. Banssillon. — Encyclopédie médico-chirurgicale, décembre 1934. Article : anomalies de la contraction utérine et de la dilatation.
3. Bourne et Burn. — Dosage and action of pituitary extract and of ergot alkaloids on uterus in labour with a note on action of adrenalin. *Journ. Obst. and. Gynec. Brit. Emp.,* t. 34, 1927.
4. Burn and Dale. — On the physiological standarization of extract of lobe posterior of the pituitary body.
5. Burger. — Etats spasmodiques du muscle utérin et leur traitement. *Gyn. et Obst.,* n° 1, juillet 1930.
6. Balard (P.) et Mahon (R.), de Bordeaux. — L'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gynécologie et d'Obstétrique,* n° 2, 1944, p. 41.
7. Chneerson. — L'hypophyse en obstétrique. Thèse, Paris, 1917.
8. Cheinesse. — Les dangers de l'hypophyse en obstétrique. *Presse Médicale,* 8 avril 1922.

(1) Nous avons suivi l'ordre alphabétique des publications.

9. Delestre. — De l'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare. *Gaz. Hôp.*, janvier 1922, p. 69.

10. Démelin. — De la contraction utérine et des dyscinésies corrélatives. G. Doin, Paris, 1927.

11. Devraigne. — De l'hormone post-hypophysaire en obstétrique. Journées médicales internationales de Paris, 1937.

Devraigne. — Les régulations hormonales : régulations hypophysaires. J.-B. Baillière et Fils.

12. Didier. — La question de l'accouchement indolore. *Pratique Médicale française*, juillet 1928.

13. Fournier. — De l'emploi du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta *prævia*, la délivrance à terme et la rétention placentaire. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1914, p. 370.

14. Gross (R.). — Ueber Vorkommen, Bedeutung und Behandlung der vorzeitigen Blasensprungs. *Zeitschrift für Geburtsshülfe und Gynäkologie*, t. 121, n° 2, 23 août 1940, p. 163 et 228.

15. Jeannin (Cyrille). — De l'hypophyse en obstétrique. *Journal des Praticiens*, 27 août 1938, p. 553-566.

16. Jurus. — De l'innocuité et de l'efficacité de divers procédés destinés à accélérer la marche du travail. Thèse, Lyon, 1933.

17. Keller (R.) et Ginglinger (A.), de Strasbourg. — L'accouchement médical; réflexions sur la dystocie fonctionnelle au cours de l'accouchement. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1945, p. 23.

18. Kreis (I). — Indications et importance de la rupture précoce des membranes, sans égard pour la dilatation de l'orifice, dans des cas de tête mobile. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 2, 1925.

Kreis (I.). — Influence de la rupture prématurée de la poche des eaux sur l'accouchement. Infection puerpérale. *Gyn. et Obst.*, 6 avril 1928.

Kreis (I.). — Le rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement, en particulier dans les cas de non engagement de la tête avec dystocie osseuse relative ou sans dystocie. *Gyn. et Obst.*, 1928, p. 421-456.

Kreis (I.). — Influence de la rupture artificielle des membranes sur l'évolution de l'accouchement à tous les degrés de la dilatation de l'orifice externe. *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, n° 1, 1929.

Kreis (I.). — L'accouchement médical. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, octobre 1929, p. 604-616.

Kreis (I.). — Résultat de l'accouchement médical, 1930. *Gyn. et Obst.*, 1931, p. 21-35.

Kreis (I.). — Principe et avantages de l'accouchement médical. *La Gynécologie française*, 1932, p. 5-30.

19. Le Lorier (V.). — Mon opinoin sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, Paris, n° 19, 1924.

Le Lorier (V.). — A propos de l'accouchement médical et dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 16, 1944.

20. Leprince. — Contribution à l'étude de l'extrait hypophysaire utilisé en obstétrique. Thèse, Paris, 1923.

21. Mahon. — Le tonus utérin et ses variations. *Gyn. et Obst.*, 1932, p. 1-14.

22. Morhardt (P.-E.). — La signification de la rupture prématurée de la poche des eaux. *Gyn. et Obst.*, 1941, t. 41, p. 272.

23. Mundel. — The present statut of pituitary extract in labour. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 juin 1923.

24. Ostrcyl, de Prague. — Raccourcissement de l'accouchement normal. *Gyn. et Obst.*, 1928.

25. Paucot (H.), de Lille. — L'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 6, 1944, p. 211.

26. Penau et Simonnet. — Essai physiologique des préparations hypophysaires. *Journ. de Physique et Chimie*, 1925.

27. Penau. — Sur le mode d'action du principe ocytocique du lobe postérieur de l'hypophyse. Deuxième Réunion de l'Assoc. des Physiol. de langue franç., Bruxelles, 1928.

28. Pigeaud. — Remarques à propos de l'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1944, p. 161.

29. Pouliot, de Paris. — Utilisation obstétricale de l'hypophyse. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mars 1923.

Pouliot, de Paris. — Réponse à l'enquête sur l'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 9, 1944, p. 321.

30. Rastit (M.), de Marseille. — A propos de l'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 9, 1944.

31. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1923. — Enquête sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique, à la suite d'un article de Pouliot et Truchard, p. 112. Réponse de Boquel, p. 281; Cathala, p. 287; Van Cauwenbergue, p. 289; Caujoux et Matet, p. 350; Le Lorier, p. 410; Reet, p. 480; Riss, p. 426; Gueniot, p. 616.

32. Rhenter-Bucher (J.) et Chastel. — Réflexions sur l'épreuve du travail, après dix ans de pratique à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse. *Gyn. et Obst.*, n° 1, 1937, t. 36, p. 5.

33. Rucker et Haskell. — Dangers de l'extrait pituitaire. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1921, p. 1390.

34. Snoek (J.). — De l'emploi systématique d'extrait hypophysaire, au cours de l'accouchement. *Gyn. et Obst.*, mai 1938, t. 37.

35. Schickelé. — Les contractions spasmodiques de l'utérus parturient, troubles d'innervation autonome du corps et du col. *Gyn. et Obst.*, 1928, p. 406-420.
36. Vignes (H.). — Peut-on accélérer l'accouchement ? *Journ. des Praticiens*, 28 juin 1930.
37. Voron (J.) et Pigeaud (H.). — Quelques observations d'accouchement dirigé (accouchement médical de Kreisss). *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon*, 2 mai 1932.
Voron (J.) et Pigeaud (H.). — Quelques observations d'accouchement dirigé. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, mars 1933, p. 300.
Voron (J.) et Pigeaud (H.). — L'accouchement dirigé. *Gyn. et Obst.*, 1934.
Voron (J.) et Pigeaud (H.). — A propos de l'accouchement dirigé. *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1936, p. 849.
Voron (J.) et Pigeaud (H.). — Précisions à propos de l'accouchement dirigé. *Gyn. et Obst.*, février 1938, p. 94.
38. Voron (J.). — Action ou expectation dans l'accouchement eutocique. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1938, p. 180.

II. — ANALGÉSIQUES ET ANESTHÉSIQUES

39. Aburel (E.). — Accouchement sans douleurs. L'action de la rachi-anesthésie sur l'utérus en travail, au chlorydrate de dyéthyléthylène diamide de l'acide a-butyloxycinchonique. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 1938.
Aburel (E.). — Sur les douleurs de quatorze accouchements et sur un nouveau procédé d'analgésie obstétricale. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, n° 2, 1930.
40. Aurenche. — Thèse, Lyon, 1904 (Chlorure d'éthyle).
41. Balard et Mahon. — L'anesthésie en obstétrique. Encyclopédie Méd.-Chir., 1934 (se référer à l'additif rose 5090, 1939, p. 3).
42. Béruti. — Chloroforme à la Reine. *L'Obstétrique*, 1914.
43. Cathala. — Critiques des différents modes d'anesthésie. *Rev. franç. Gyn. et Obst.*, décembre 1921.
44. Cerne. — Hypnotiques uréiques et analgésie obstétricale. Thèse, Paris, 1923.
45. Chavent. — Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie dans la pratique obstétricale. Thèse, Lyon, 1929.
46. Couinaud. — L'accouchement sans douleur. *Journal Méd. franç.*, août 1929.
47. Cuzzi. — L'accouchement sans douleur. *Presse Méd.*, 1920.
48. Daleas. — L'anesthésie épidurale en obstétrique. *Gyn. et Obst.*, juillet 1928.
49. Delmas. — L'accouchement indolore. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Montpellier*, n° 5, 1924.

50. Didier. — La question de l'accouchement indolore. *Prat. Méd. franç.*, juillet 1928.
51. Dujol et Clément. — L'anesthésie obstétricale par le somnifène. *Bull. Soc. Obst. Lyon*, n° 6, 1924.
52. Dutertre. — Le chloroforme dans l'accouchement normal. Thèse d'agrégation, 1882.
53. Dutrieux. — Anesthésie et analgésie en obstétrique. *Journal Méd. franç.*, 1929.
54. Fèbres (Enrique). — Métro-anesthésie en obstétrique et gynécologie, par injection dans les ganglions de Frankenhauser. *Bull. Soc. Obst. Paris*, n° 10, 1925.
55. Guillonet. — Thèse, Paris, 1921 (chloroforme).
56. Hauch. — Quelques expériences sur le numal dans la narcose obstétricale. *Gyn. et Obst.*, 1929.
57. Henry et Jaur. — De l'anesthésie épidurale en obstétrique. *Gyn. et Obst.*, 1929.
58. Kapel (Otte). — Expériences cliniques sur l'anesthésie obstétricale par un dérivé barbiturique associé au pantopon synthétique. *Gyn. et Obst.*, 1930.
59. Keller. — Essais sur l'accouchement sans douleur. Congrès de Gyn. et Obst. de Bordeaux, 1931.
60. Lafleur. — L'analgésie pendant l'accouchement. Thèse, Bordeaux, 1927.
61. Lamoril. — L'anesthésie obstétricale par l'hémipnal injectable (VIII). *Journal Sciences médicales*, Lille, 1928.
62. Le Lorier et Tœret. — L'anesthésie obstétricale. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
63. Raillon. — Analgésie obstétricale par l'hémipnal. Thèse, Lyon, 1923.
64. Rapin. — Congrès de Genève, 1923 (chlorure d'éthyle). *Gyn. et Obst.*, août 1923.
Rapin. — L'accouchement sans douleur. Congrès de Genève, 1923.
65. Ravina (Jean). — Anesthésie et analgésie obstétricale. *Prat. Méd.-Chir.*, t. 1, p. 461-463, et t. 9, p. 20.
66. Rivière. — *Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux* (chloroforme), 2 novembre 1923.
67. Sanford. — The effect of gas anesthetesis made in labour. *Journ. American Med. Assoc.*, 1926.
68. Schickelé. — L'anesthésie en obstétrique. Congrès de Genève, 1923.
69. Schwann. — Anesthésie par le pernocton. *Zent. f. Gyn.*, 1932.
70. Stany et Risacher. — L'anesthésie en obstétrique. *Prat. Méd. franç.*, mai 1927.

III. — ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE

71. Barroux, de Bordeaux. — L'association des ocytociques et des analgésiques dans la conduite de l'accouchement normal et pathologique. *Rev. franç. Gyn. et Obst.*, n° 10, 1924, p. 361.

72. Chappaz. — A propos du procédé de Delalande. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 6 juin 1932.

73. Choquart (M.-T.). — De l'extrait hypophysaire ocytocique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie au chloro-kélène au cours de l'accouchement normal. Thèse, Paris, 1931.

74. Courtois (J.) et Balazuc. — L'accouchement sans douleur : quelques réflexions sur la méthode de Delalande, à propos de 267 cas personnels. *Journ. des Praticiens*, 1938, p. 785.

75. Courtois (J.). — Le dépistage des dystocies limites et le choix de la conduite à tenir dans ce cas. *Journ. des Praticiens*, 1939, p. 323.

76. Delalande (A.), note présentée par Levant. — De l'accouchement normal, indolore et accéléré. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1932, p. 157-159.

Delalande (A.). — De l'accouchement normal, indolore et accéléré. *La Sage-femme de France et des colonies*, n° 10, octobre 1937.

Delalande (A.). — Contribution à l'accouchement dirigé. Déclanchement des accouchements près du terme (obstétrique de guerre). *Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 8 novembre 1943.

77. Delalande (J.). — D'une méthode d'anesthésie et d'accélération de l'accouchement normal. Thèse, Bordeaux, 1938.

78. Funck-Brentano. — De l'anesthésie obstétricale et en particulier de l'action du chloroforme associée à celle de l'hypophyse. *Paris Méd.*, 1926, p. 601-604.

79. Mahon. — L'association anesthésique-ocytocique dans les dystocies. *Gyn. et Obst.*, 1943, p. 55-61.

Mahon. — L'association chloro-kélène hypophyse (méthode Delalande) et chloroforme hypophyse dans les accouchements dystociques. *Journ. de Médecine de Bordeaux*, 30 mars 1944, p. 96-98.

80. Stein (A.). — De l'emploi de petites doses de pituitrine pour amener le travail à terme, associées à l'anesthésie au protoxyde d'azote pour calmer les douleurs. *American Journal of Obstetrics*, New-York, octobre 1919, p. 470.

81. Mahon (R.) et Chastrusse (L.). — L'anesthésie en obstétrique. Encyclopédie Méd.-Chir. (Doit paraître incessamment.)

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE 15
CHAPITRE II. — LE CHLORO-KÉLÈNE HYPOPHYSE 27
CHAPITRE III. — ECHECS, INCIDENTS, DANGERS 35
CHAPITRE IV. — RÉSULTATS 41

DEUXIÈME PARTIE

L'ASSOCIATION ANESTHÉSIQUE-OCYTOCIQUE
DANS LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

CHAPITRE PREMIER. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 43
CHAPITRE II. — INDICATIONS 48
I. — La dystocie fonctionnelle 48
II. — Il y a urgence à terminer l'accouchement 56
III. — La dystocie osseuse 63
IV. — Indications particulières 73
CHAPITRE III. — INDICATIONS DE L'ASSOCIATION CHLOROFORME-HYPOPHYSE 76
I. — L'accouchement par le siège 76
II. — La version par manœuvres internes 78

CONCLUSIONS 81

BIBLIOGRAPHIE 85

Bordeaux. — Imp. E. DROUILLARD, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174